Une évaluation des niveaux de soins requis par les bénéficiaires dans les institutions psychiatriques du Québec

UNE ÉVALUATION DES NIVEAUX DE SOINS REQUIS PAR LES BÉNÉFICIAIRES DANS LES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES DU QUÉBEC

PIERRE ROBERGE
DIRECTION DE L'ÉVALUATION

Avec la collaboration de:

JACQUES CÔTÉ, PH.D.
CENTRE HOSPITALIER ROBERT GIFFARD

DOMINIQUE GAUCHER
DIRECTION DE L'ÉVALUATION

WILFRID PILON
CENTRE HOSPITALIER ROBERT GIFFARD

AOÛT 1988

TITRE:

ROBERGE P., Une évaluation des niveaux de soins requis par les bénéficiaires dans les institutions psychiatriques du Québec. Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, août 1988, 96 pages.

RÉSUMÉ

Ce document comporte six chapitres.

Le **Premier chapitre** précise que les informations traitées dans le texte proviennent d'une évaluation des niveaux de soins requis par les bénéficiaires présents au printemps 1985 dans la quasi-totalité des hôpitaux psychiatriques du Québec et dans la plupart des services psychiatriques de courte durée des hôpitaux généraux de la région de Montréal. Cette évaluation a été faite à l'aide du Level of Care Survey mis au point par le New York State Office of Mental Health. Cet instrument classe les bénéficiaires selon que, au moment de l'évaluation, ils sont dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui; que, sans être dangereux, ils ont des comportements ou bien antisociaux ou bien désorganisés; qu'ils n'ont ni des comportements désorganisés, ni des comportements antisociaux, ni des comportements dangereux. Les patients appartenant à chacun des trois groupes ainsi formés sont ensuite répartis selon niveau de soins que requiert leur état de santé physique. Le résultat final est une typologie des patients, nommée CARE 10, à laquelle se superpose un éventail d'endroits ou de contextes dans lesquels ils pourraient ou devraient être traités.

Deux grands groupes de patients ont été touchés par l'évaluation: des patients psychiatriques bien sûr mais aussi un important contingent de handicapés intellectuels. Le **Second chapitre** montre et compare comment et pourquoi les uns et les autres se distribuent sur CARE 10. Il souligne le poids qu'ont certains comportements particuliers et la faiblesse de certains apprentissages spécifiques dans le classement, relativement défavorable, des handicapés intellectuels. Il s'agit, notamment, de la fréquence des automutilations, d'apprentissages non-réalisés concernant la sexualité et l'évacuation, de la capacité de prendre soin de soi-même, d'accomplir des tâches domestiques et de gérer un budget. On peut voir là des indications de ce que cette grille n'est pas la mieux adaptée au classement des handicapés intellectuels, jugement qui est celui de très nombreux spécialistes de la question.

Consacrés aux seuls patients psychiatriques, le **Troisième chapitre** examine l'influence de trois variables élémentaires - l'âge, le sexe et le diagnostic - sur le classement des patients. L'âge est fortement associé aux besoins de soins infirmiers et médicaux. Il l'est aussi, moins fortement et de part et d'autre de la soixantaine, à la fréquence relative de comportements désorganisés, antisociaux ou dangereux. Le sexe modifie cette relation en ceci que chez les 55-64 et les 65-74 les comportements antisociaux ou désorganisés sont toujours plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Le diagnostic vient parfois modifier ces relations. Par exemple, la dangerosité, également fréquente chez les hommes et chez les femmes dans l'ensemble de la population, est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes dans le cas de psychoses organiques et de troubles névrotiques sauf, pour ces deux diagnostics, chez les 35-54 où c'est l'inverse qui est vrai.

Le **Quatrième chapitre** examine la relation entre le résultat obtenu par les patients sur CARE 10 et le lieu où ils sont effectivement traités soit à l'hôpital même, soit à l'externe, en pavillons ou en famille d'accueil. Il ressort de cet examen que, somme toute, peu de patients traités à l'externe ne devraient pas y être et que si on erre à l'externe on erre beaucoup moins par témérité - en y traitant des patients dangereux - que par surprotection - en y hébergeant des patients capables de plus d'autonomie. La situation est fort différente à l'interne. L'hôpital reçoit, traite et garde en longue durée, vraisemblablement faute de ressources alternatives, des proportions importantes de personnes qui pourraient être traitées ailleurs.

Le **Cinquième chapitre** examine le rôle de trois points du système psychiatrique institutionnel dans le grand Montréal: les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux, les services de courte durée des hôpitaux psychiatriques et les services de longue durée de ces mêmes hôpitaux. Il conclut qu'en courte durée hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques ont des clientèles très semblables et que le véritable clivage se situe entre la longue et la courte durée, clivage lui-même fonction des diagnostics.

Enfin, le **Sixième chapitre** souligne que pour des raisons méthodologiques comme stratégiques les données les plus importantes parmi celles analysées dans le texte sont celles qui concernent les patients psychiatriques en longue durée. Il rappelle également qu'on trouve chez ceux-ci d'importantes proportions de personnes qui, théoriquement et une fois développées des ressources adéquates, pourraient être traitées ailleurs.

89-04233/

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

CHAPITRE 1
LES RAISONS DU RECENSEMENT ET LA NATURE DE L'INSTRUMENT UTILISÉ

1. L'INVENTAIRE DU NIVEAU DE SOINS (LEVEL OF CARE SURVEY) 3

1.1 PSYCH ou les soins psychiatriques requis 5
1.2 PLC ou les soins physiques requis 7
1.3 CARE10: un croisement à double signification 8

2. LA POPULATION ÉTUDIÉE 10

CHAPITRE 2
L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES CLIENTÈLES ET LE FONCTIONNEMENT CONCRET DE L'INSTRUMENT

1. L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES CLIENTÈLES 13

1.1 Handicapés intellectuels et patients psychiatriques ... 14

2. LA DIMENSION PSYCHIATRIQUE 16

2.1 Les patients classés dangereux pour eux-mêmes ou autrui 16
2.1.1 La violence 21
2.1.2 L'instabilité psychique 22
2.2 Les patients classés antisociaux et/ou désorganisés ... 25
2.2.1 Les comportements antisociaux 26
2.2.2 Les comportements désorganisés 27

3. LA DIMENSION PHYSIQUE 30

4. SOINS PHYSIQUES ET SOINS PSYCHIATRIQUES 34

CHAPITRE 3
L'INFLUENCE DE LA MALADIE, DE L'ÂGE ET DU SEXE SUR LE RÉSULTAT OBTENU SUR CARE10

1. L'ÂGE ET LE SEXE 37

2. LA MALADIE 39

3. LE DIAGNOSTIC, L'ÂGE ET LE SEXE 42

PAGE

CHAPITRE 4
LA RELATION ENTRE LE RÉSULTAT SUR CARE1O ET
LE LIEU DE RÉSIDENCE

1. CARE1O ET LES LIEUX DE TRAITEMENT 49

2. LES PATIENTS RÉSIDANT EN PAVILLONS ET EN FAMILLES D'ACCUEIL 53

3. LES PATIENTS RÉSIDANT À L'HÔPITAL 57

CHAPITRE 5
LA CLIENTÈLE DE TROIS POINTS DU SYSTÈME PSYCHIATRIQUE
INSTITUTIONNEL DANS LE GRAND MONTRÉAL

1. LA COURTE DURÉE EN HÔPITAL GÉNÉRAL ET EN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE 64

2. PATIENTS DE COURTE DURÉE ET DE LONGUE DURÉE 66

CHAPITRE 6
QUELQUES ÉLÉMENTS POUR L'ACTION

BIBLIOGRAPHIE 77

ANNEXE A 79

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

			PAGE
FIGURE 1	:	TYPES DE PATIENTS ET NIVEAUX DE SOINS	9
TABLEAU 1	:	PROVENANCE DES DOSSIERS	11
TABLEAU 2	:	DIAGNOSTIC PRIMAIRE SELON CERTAINS NIVEAUX D'INTELLIGENCE ESTIMÉE CHEZ LES SUJETS CLASSÉS COMME SOUFFRANT DE HANDICAPS INTELLECTUELS	15
TABLEAU 3	:	DISTRIBUTION DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SUR PSYCH	16
TABLEAU 4	:	DISTRIBUTION DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES CLASSÉS DANGEREUX POUR EUX-MÊMES OU AUTRUI DANS UNE TYPOLOGIE DES CONDITIONS DÉFINISSANT LA DANGEROSITÉ	19
TABLEAU 5	:	DISTRIBUTION SELON LE GROUPE D'ÂGE DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES CLASSÉS DANGEREUX POUR EUX-MÊMES OU AUTRUI DANS UNE TYPOLOGIE DES CONDITIONS DÉFINISSANT LA DANGEROSITÉ	20
TABLEAU 6	:	ACTES VIOLENTS COMMIS PAR LES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES CLASSÉS DANGEREUX POUR EUX-MÊMES OU AUTRUI POUR RAISON DE COMMISSION D'ACTES VIOLENTS OU DE COMMISSION D'ACTES VIOLENTS ET DE CONTENTION SEULEMENT	21
TABLEAU 7	:	FORME D'INSTABILITÉ MENTALE AYANT CONDUIT À UN CLASSEMENT COMME DANGEREUX POUR SOI-MÊME OU AUTRUI CHEZ LES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES	23

PAGE

TABLEAU 8	:	NOMBRE DE COMPORTEMENTS ANTISOCIAUX CHEZ LES PATIENTS CLASSÉS ANTISOCIAUX ET/OU DÉSORGANISÉS SELON LA NATURE DU CAS	26
TABLEAU 9	:	PRÉSENCE DE CERTAINS COMPORTEMENTS ANTISOCIAUX CHEZ LES PATIENTS CLASSÉS ANTISOCIAUX ET/OU DÉSORGANISÉS SELON LA NATURE DU CAS	27
TABLEAU 10	:	PROPORTION DE PERSONNES MANIFESTANT AU MIEUX PARFOIS LES COMPORTEMENTS REGROUPÉS DANS QUATRE ÉCHELLES DE COMPORTEMENTS POSITIFS SELON LA NATURE DU CAS	29
TABLEAU 11	:	PROPORTION DE PERSONNES MANIFESTANT AU MIEUX PARFOIS LES COMPORTEMENTS REGROUPÉS DANS QUATRE ÉCHELLES DE COMPORTEMENTS POSITIFS SELON LA NATURE DU CAS, CHEZ LES PERSONNES CLASSÉES NI DANGEREUSES, NI ANTISOCIALES, NI DÉSORGANISÉES	30
TABLEAU 12	:	DISTRIBUTION DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SUR L'ÉCHELLE SELFCARE	31
TABLEAU 13	:	DISTRIBUTION DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SUR L'ÉCHELLE D'INDÉPENDANCE COMMUNAUTAIRE (COMIND)	33
TABLEAU 14	:	DISTRIBUTION DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SUR L'ÉCHELLE DE NIVEAUX DE SOINS PHYSIQUES REQUIS (PLC)	34
TABLEAU 15	:	NIVEAU DE SOINS PHYSIQUES REQUIS EN FONCTION DU CLASSEMENT SUR PSYCH CHEZ LES HANDICAPTÉS INTELLECTUELS ET LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES	35

PAGE

TABLEAU 16	:	DISTRIBUTION DE LA POPULATION SUR CARE10 EN FONCTION DU SEXE ET DE L'ÂGE	39
TABLEAU 17	:	CARE10 SELON DE GRANDES CLASSES DE DIAGNOSTIC	41
TABLEAU 18	:	CARE10 SELON LE SEXE ET L'ÂGE: CAS DE PSYCHOSES ORGANIQUES	45
TABLEAU 19	:	CARE10 SELON LE SEXE ET L'ÂGE: CAS DE SCHIZOPHRÉNIES	46
TABLEAU 20	:	CARE10 SELON LE SEXE ET L'ÂGE: CAS DE PSYCHOSES NON ORGANIQUES	47
TABLEAU 21	:	CARE10 SELON LE SEXE ET L'ÂGE: CAS DE TROUBLES NÉVROTIQUES	48
TABLEAU 22	:	DISTRIBUTION SUR CARE10 DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE EFFECTIF AU MOMENT DU RECENSEMENT	55
TABLEAU 23	:	DISTRIBUTION SUR CARE10 DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES RÉSIDANT EN EXTERNE SELON QU'ILS HABITENT DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL OU DANS UN PAVILLON	58
TABLEAU 24	:	DISTRIBUTION SUR CARE10 DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES RÉSIDANT À L'HÔPITAL SELON QU'ILS SONT EN COURTE OU EN LONGUE DURÉE	59
TABLEAU 25	:	DURÉE DE SÉJOUR DEPUIS L'ADMISSION DES PATIENTS DES DÉPARTEMENTS DE COURTE DURÉE DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX ET DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES	64

PAGE

TABLEAU 26 : ÂGE DES PATIENTS ADMIS DEPUIS MOINS DE 30 JOURS DANS LES SERVICES DE COURTE DURÉE ET ÂGE À L'ADMISSION DES PATIENTS ENCORE EN LONGUE DURÉE 67

TABLEAU 27 : DISTRIBUTION DES PATIENTS DE COURTE ET DE LONGUE DURÉE SELON LE DIAGNOSTIC ET L'ÂGE À L'ADMISSION 69

TABLEAU 28 : DISTRIBUTION SUR CARE10 DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES HOSPITALISÉS EN LONGUE DURÉE: NEW YORK 1974 ET QUÉBEC 1985 74

CHAPITRE I

LES RAISONS DU RECENSEMENT ET LA NATURE DE L'INSTRUMENT UTILISÉ

En collaboration avec les établissements concernés, le ministère de la Santé et des Services sociaux a amorcé, au printemps 1985, une vaste opération de collecte d'information à propos des bénéficiaires alors admis dans les hôpitaux psychiatriques et dans les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux. Cette décision était d'abord le résultat d'un besoin d'information de gestion et de planification des types de ressources adéquates à développer, notamment pour l'hébergement, information que les données administratives courantes concernant l'âge, le sexe, le diagnostic et la durée de séjour des bénéficiaires sont incapables de pleinement satisfaire.

Une fois établi le principe d'une opération qui allait toucher tous les établissements concernés, le choix de l'instrument à utiliser fut confié à un comité formé de représentants des établissements. Ce comité devait choisir, parmi les instruments déjà mis au point, celui qui semblait le plus performant et le mieux adapté à la diversité des bénéficiaires admis dans nos établissements psychiatriques.

En pratique, le comité a considéré cinq instruments. Deux de ceux-ci étaient des grilles-maison qui ont été jugées l'une trop spécifique et l'autre trop générale. De plus, ni l'une ni l'autre de ces grilles

n'avait eu la possibilité de voir sa fiabilité et sa validité mises à l'épreuve et évaluées grâce à des utilisations répétées dans des contextes divers.

Entrés depuis plusieurs années dans la panoplie des tests, grilles et autres instruments d'évaluation, les trois autres instruments étaient mieux connus et plus développés. Au jugement du comité, tous n'étaient pas également adaptés à la tâche à accomplir.

Ainsi, le C.T.M.S.P., qui est au Québec l'instrument standard pour évaluer les demandes de placements en institution de personnes dont l'autonomie fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne se trouve réduite, le plus souvent par l'âge, au point de justifier cette solution, n'a pas été retenu justement à cause de la problématique qui lui est propre, problématique qui ne vaut que dans une faible proportion des admissions dans les établissements psychiatriques. En outre, le C.T.M.S.P. est un instrument lourd dont l'utilisation requiert la participation de plusieurs intervenants spécialisés parfois pour plus d'une journée.

Il en fut de même pour l'Adaptive Behavioral Scale. L'ABS a été mis au point pour mesurer et évaluer les résultats des interventions d'apprentissage et de réadaptation auprès de personnes atteintes de handicaps intellectuels. Ces personnes forment une partie non négligeable de la population des établissements psychiatriques. Mais elles n'y sont pas

en majorité. Choisir un test individualisé, assez long d'utilisation et taillé sur mesure pour évaluer une partie des comportements d'une fraction de la clientèle ne semblait pas indiqué.

Restait un instrument, élaboré à l'origine pour évaluer des clientèles asilaires chroniques mais applicable à des populations plus hétérogènes et ne demandant, de la part d'un utilisateur expérimenté, qu'une vingtaine de minutes par cas. Ce dernier fait n'était pas sans importance puisqu'on s'engageait dans une opération qui allait ultimement toucher plus de 12 000 personnes.

1. L'INVENTAIRE DU NIVEAU DE SOINS (LEVEL OF CARE SURVEY)

Le Level of Care Survey[1] est un instrument d'évaluation des niveaux de soins requis par des clientèles psychiatriques. Il a été mis au point par le New York State Office of Mental Health. Il a été utilisé une première fois en 1975 auprès des patients des institutions psychiatriques d'État, dans l'État de New York. Depuis, l'opération a été refaite périodiquement; chaque année de 1975 à 1982, à une périodicité plus variable par la suite. L'utilisation de cet instrument, comme de d'autres instruments visant des fins analogues,[2] s'est répandue à l'extérieur de l'État de New York et à d'autres situations cliniques que l'hôpital d'État.

1 L'instrument est présenté dans Walter M. Furman et Donald A. Lund, Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 1979, 1, 2, 29, 37.

2 Pour une comparaison du Level of Care Survey à d'autres instruments analogues, William J. Foley et Donald P. Schneider, "A Comparison of the Level of Care Predictions of Six Long-Term Care Patient Assessment Systems", American Journal of Public Health, 1980, 70, 1152-1161.

Les résultats de telles enquêtes peuvent, joints à d'autres informations et à d'autres inputs, servir de multiples fonctions depuis la planification de la croissance ou de la décroissance du système hospitalier dans son ensemble, en passant par la distribution des budgets et des personnels entre les différents établissements, jusqu'à l'aide à la décision concernant les congés à accorder aux bénéficiaires ou leur relocalisation dans d'autres établissements du réseau que l'hôpital psychiatrique proprement dit. Dans aucun de ces cas ne doit-on considérer les données provenant du Level of Care Survey comme maîtresses de tout. Mais elles apportent, tant sur chaque bénéficiaire que sur la population prise dans son ensemble, des renseignements dont on ne peut pas ne pas tenir compte.

Au départ de l'opération, on retrouve un formulaire[1] sur lequel doivent être consignés de nombreux éléments d'informations concernant l'état de santé physique, les besoins en soins infirmiers, l'attention médicale requise, le niveau d'intelligence apparent, les comportements verbaux et sociaux, l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et ainsi de suite de chacun des bénéficiaires qui doit être évalué. Dans chaque cas, ces observations doivent être inscrites par un membre du personnel soignant qui connaît bien le patient, qui l'a eu sous ses soins dans les semaines précédant l'enquête et qui a appris à

---

1 Reproduit ici dans sa version française en Appendice A.

utiliser le formulaire. Sauf de rares exceptions, le formulaire requiert une information très factuelle sur l'état actuel et les comportements récents du patient. La place que le formulaire laisse à l'avis du personnel sur le patient et ses capacités n'est pas très grande et est encerclée par la requête d'une somme importante de renseignements factuels, ad hoc, behavioraux.

Au terme de l'opération, on retrouve, accolée au dossier de chaque patient, une note qu'on peut interpréter soit comme indiquant sa position dans une typologie de patients psychiatriques, soit comme précisant un environnement, un lieu ou un type d'établissement où il pourrait ou devrait être traité.

Cette note est le résultat de l'application aux informations recueillies d'un algorithme assez complexe dans le détail de ses procédures mais finalement assez simple dans ses fondements. Seuls ces derniers seront décrits dans ce chapitre, l'examen du détail de l'algorithme étant réservé au chapitre 2.

L'algorithme comporte deux procédures principales, chacune subdivisée en sous-procédures particulières.

1.1 PSYCH ou les soins psychiatriques requis

La première procédure, PSYCH, traite exclusivement les informations recueillies à propos des comportements des bénéficiaires et d'éventuel-

les mesures prises pour contrôler ces comportements. Il s'agit le plus souvent du comportement actuel du bénéficiaire, l'horizon temporel de référence ne dépassant les trois jours précédant la notation que dans le cas d'agressions diverses et de tentatives de suicide et, même dans ce cas, pour ne dépasser les 30 jours précédant la notation que dans les cas de tentatives de meurtre.

PSYCH procède en deux temps. PSYCH repère d'abord tous ces patients qui peuvent être considérés comme dangereux pour eux-mêmes et/ou pour autrui. On rejoint ici le critère test de beaucoup de législations en matière de santé mentale selon lequel une personne ne peut être internée contre son gré que si une autorité responsable détermine qu'elle est dangereuse pour elle-même ou autrui. Le détail de ce repérage des patients dangereux sera examiné plus tard.

Les patients dangereux identifiés, PSYCH isole chez ceux qui restent tous ceux dont le comportement est, soit antisocial, soit désorganisé, soit les deux à la fois, au point où ces personnes risqueraient presqu'à coup sûr d'être rejetées par les communautés dans lesquelles on voudrait les réinsérer. Reste alors un troisième et dernier groupe de patients, malades certes, mais qui ne sont pas dangereux, qui ne sont pas enclins à des actes ou comportements antisociaux et qui ont de surcroît suffisamment de contrôle sur leurs processus mentaux et leurs comportements pour qu'on puisse penser qu'ils n'ont pas besoin de cet environnement très structuré qu'est l'hôpital psychiatrique et qu'ils peuvent être traités dans la communauté.

1.2 PLC ou les soins physiques requis

La seconde grande procédure de l'algorithme, PLC, concerne l'état de santé physique et le niveau d'habileté sociale des patients du point de vue de la surveillance, de l'aide et des soins que ceux-ci peuvent requérir. À la différence de PSYCH, PLC ne procède pas par coupes successives dans la population mais plutôt par croisements d'informations.

Ces informations sont regroupées en quatre grandes dimensions. La première est le **niveau d'autonomie** dans les soins quotidiens (se lever, se laver, s'habiller, se mouvoir, s'alimenter, utiliser la toilette). La seconde concerne **la capacité de vie sans supervision**, celle de s'occuper de l'entretien d'un logement, de s'occuper de ses ressources financières, de prendre sa médication, de respecter ses rendez-vous en clinique externe. La troisième est celle du **besoin de soins infirmiers spécialisés**, injections, pansements, perfusion, etc., qui peut être nul, pris en charge par le bénéficiaire lui-même ou requérir l'intervention d'une infirmière. La dernière dimension est celle du **niveau d'attention médicale requise** qui peut varier de nul à très élevé selon la nature des pathologies physiques dont souffre le patient et leurs conséquences sur son autonomie dans les soins quotidiens.

PLC traite ces informations de façon très fine et très élaborée. En pratique cependant, les patients requérant soit des soins infirmiers,

soit une attention médicale modérée ou élevée, soit encore les deux à la fois, sont classés, selon la nature de leur cas, comme devant être traités dans des établissements dont nos centres d'accueil d'hébergement et nos hôpitaux de soins prolongés constituent de bonnes approximations. Les patients qui ne requièrent ni soins infirmiers, ni attention médicale particulière sont le plus souvent autonomes dans les soins quotidiens. Ils seront classés dans l'une ou l'autre des deux autres catégories selon qu'ils sont capables de vivre avec ou sans supervision. L'une de ces catégories correspond en gros à ce qu'offrent nos pavillons et familles d'accueil. L'autre correspond à une existence autonome.

1.3 CARE10: un croisement à double signification

Comme l'indique la FIGURE 1, le produit final de l'algorithme, cette note qui est accolée au dossier de chacun des patients et qui se nomme CARE10, est le résultat du croisement des résultats obtenus sur PSYCH et sur PLC.

Par exemple, les patients qui, sur PSYCH, sont identifiés comme n'étant ni dangereux, ni antisociaux, ni désorganisés, sont classés à CARE1, CARE2, CARE3 ou CARE4 selon que, sur PLC, leur état physique requiert une aide et/ou des soins plus ou moins importants. Tous ces patients ont en commun le fait de ne pas requérir les soins psychiatriques continus et spécialisés que seule peut dispenser une unité psychiatrique. Mais ils ne sont pas tous physiquement et socialement autonomes. On

devrait retrouver à CARE1, vivant seules, dans leur propre famille ou avec d'autres personnes de leur choix, ces personnes physiquement autonomes et capables de gérer leurs propres affaires et de satisfaire leurs besoins courants sans surveillance. À CARE2, on devrait retrouver ces patients physiquement autonomes ou ne requérant qu'un peu d'aide physique mais qui ont besoin d'être hébergés et soumis à une certaine surveillance. À CARE3, les patients requièrent une aide au moins intermittente dans les soins corporels quotidiens et/ou des soins infirmiers spécialisés à l'occasion. À CARE4, les patients requièrent ou bien une supervision constante ou bien des soins infirmiers constants à cause d'une maladie physique chronique ou aiguë et des incapacités qu'elle entraîne.

FIGURE 1

TYPES DE PATIENTS ET NIVEAUX DE SOIN

	PSYCH		
	PATIENTS DANGEREUX	PATIENTS NON DANGEREUX MAIS ANTISOCIAUX ET/OU DESORGANISÉS	PATIENTS NI DANGEREUX NI ANTISOCIAUX NI DESORGANISES
PATIENTS REQUÉRANT SURVEILLANCE ET SOINS INFIRMIERS SPECIALISES DE FAÇON CONSTANTE	CARE10	CARE7	CARE4
PATIENTS REQUÉRANT AIDE PHYSIQUE ET/OU SOINS INFIRMIERS DE FAÇON INTERMITTENTE	CARE9	CARE6	CARE3
PATIENTS REQUÉRANT HÉBERGEMENT AINSI QU'UNE SURVEILLANCE ET/OU UNE AIDE LIMITÉE	CARE8	CARE5	CARE2
PATIENTS SANS PROBLÈMES PHYSIQUES ET CAPABLES DE VIVRE DE FAÇON AUTONOME	CARE8	CARE5	CARE1

Autre bref exemple, les patients sans problèmes physiques et capables de vivre de façon autonome seront, s'ils sont par ailleurs dangereux pour eux-mêmes ou autrui à CARE8; s'ils sont antisociaux et/ou désorganisés, à CARE5, s'ils ne sont ni dangereux, ni antisociaux, ni désorganisés, à CARE1

CARE10 a donc une double signification. À un premier niveau de réalité, chacune des valeurs qu'il peut prendre précise un type de patients, les patients dangereux par ailleurs mobiles et autonomes par exemple. À un autre niveau, il renvoie à des environnements et à des lieux où les patients pourraient recevoir l'aide et les soins requis par le type auquel ils appartiennent.

Dans l'état actuel de l'organisation de notre système de soins psychiatriques, certains de ces lieux existent. D'autres, cependant, n'existent pas encore, l'hôpital psychiatrique classique ayant gardé plusieurs des multiples fonctions qui ont caractérisé son histoire.

Il ne faut donc pas s'attendre, dans l'état actuel des choses, à trouver une correspondance parfaite entre les lieux de traitements retenus comme appropriés par CARE10 et la résidence effective des personnes évaluées.

2. LA POPULATION ÉVALUÉE

Le TABLEAU 1 donne la provenance des dossiers qui sont étudiés dans la suite de ce rapport. Ces dossiers ont été constitués à propos des

bénéficiaires admis dans tous les hôpitaux psychiatriques du Québec et dans certains des plus importants départements de psychiatrie des hôpitaux généraux. Sont encore considérés comme admis à l'hôpital, un nombre important de personnes -2 729- qui en fait résident ailleurs qu'à l'hôpital même, soit, surtout, dans des familles d'accueil ou des pavillons qui dépendent de l'hôpital. Le recensement est complet sauf pour trois établissements. Les notes du tableau 1 indiquent de quels établissements il s'agit et expliquent pourquoi le recensement n'a pas porté sur tous les patients admis.

TABLEAU 1

PROVENANCE DES DOSSIERS

	COURTE DUREE	LONGUE DUREE	PAVILLONS F.A., ETC.	TOTAL	NOTE
LOUIS-H. LAFONTAINE	347	1 858	840	3 046	
HONORE-MERCIER	39	76		115	
SANA ROSS	18	76		94	
MONT-JOLI	72			72	1
ROBERT-GIFFARD	202	2 081	245	2 532	
SANA BEGIN	29	205	82	316	
CHICOUTIMI	34			34	
SACRE-COEUR (MTL)	145		2	147	
LAURENTIDES	24	286	106	417	
PIERRE-JANET	101		148	249	
ST-JULIEN		698	23	724	
MALARTIC	48		30	78	
PINEL	154			154	2
RIVIERE-DES-PRAIRIES	15	516		544	
ROLAND-SAUCIER	98		120	218	
ROY-ROUSSEAU	186		25	211	
SHAWINIGAN		123	100	223	
CHARLEVOIX		22	4	26	3
ROBERVAL	24	201	98	393	
P.J.-TRIEST		273	243	520	
DOUGLAS	215	606	353	1 175	
SACRE-COEUR (Q)	34	69	27	130	
ROYAL VICTORIA	58	2		62	
DE LANAUDIERE	157	263	283	703	
TOTAL	2 000	7 425	2 729	12 183	

1 Il s'agit de cas psychiatriques seulement. 285 patients ont été évalués avec un autre instrument plus adapté aux personnes souffrant de handicaps intellectuels.

2 Ont été exclus du recensement, 77 patients détenus ou prévenus au fédéral et 30 patients en expertise.

3 L'essentiel de la clientèle, 573 personnes, a été évaluée avec un autre instrument plus adapté aux personnes souffrant de handicaps intellectuels.

CHAPITRE 2

L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES CLIENTÈLES ET LE FONCTIONNEMENT CONCRET DE L'INSTRUMENT

1. L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES CLIENTÈLES

Le tableau 1 donne déjà certaines indications sur l'hétérogénéité de la population étudiée ici. Ainsi, 2 729 des 12 183 personnes recensées ne résidaient pas à l'hôpital proprement dit mais habitaient d'autres endroits, pavillons et résidences de familles d'accueil surtout, dépendant certes de l'hôpital, mais situés hors les murs, dans la communauté environnante.

De la même manière, il faut rappeler que 2 000 des 12 183 personnes pour lesquelles on a ouvert un dossier étaient en traitement de courte durée au moment du recensement. Pour sûr, une fraction de ces personnes en était en fait au début d'une carrière psychiatrique à long terme. Mais le fait principal demeure que le recensement a aussi touché tous les cas aigus -quelque 2 000- en traitement au moment où il se déroulait.

Cette extension de l'enquête vers des segments de population autres que celui pour lequel elle avait été à l'origine conçue dans l'État de New York -la clientèle psychiatrique hospitalisée de façon chronique- est heureuse. Elle est heureuse parce qu'elle permet de comparer les lectures que rend possible un même instrument sur des populations distinc-

tes observées à des moments différents de processus voisins: clientèle de courte durée et donc présumément en crise versus clientèle chronique et donc en partie stabilisée, clientèle internée et donc présumément en besoin de surveillance versus clientèle traitée hors les murs et donc en principe plus autonome.

1.1 Handicapés intellectuels et patients psychiatriques

En revanche, il est moins heureux que l'enquête ait touché deux clientèles très différentes que tous les spécialistes s'entendent pour distinguer. Il s'agit d'une part de personnes souffrant de handicaps intellectuels ou, pour reprendre une plus vieille expression, d'arriération mentale. Il s'agit aussi, d'autre part, de personnes atteintes de ces troubles, psychoses et névroses, qui appartiennent au domaine plus classique de la psychiatrie sinon de l'hôpital psychiatrique. La réunion dans la même entreprise d'évaluation de ces deux groupes est moins heureuse puisqu'il est très possible que de nombreux traits de comportements retenus dans la construction de l'instrument n'aient pas la même signification dans chacun de ces deux univers présumés si différents, celui du handicap intellectuel et celui des troubles psychiatriques.

Quoi qu'il en soit, il était pratiquement impossible que le recensement ne touche pas ces deux populations auxquelles l'asile puis l'hôpital psychiatrique ont servi et continuent malgré tout de servir de refuge

et de lieu de traitement. Ces deux populations sont présentes dans l'hôpital psychiatrique et il y a certains patients desquels il n'est pas toujours facile de dire s'ils appartiennent à telle population plutôt qu'à l'autre ou qu'aux deux à la fois.

Le TABLEAU 2 illustre la difficulté pratique qu'il y avait, dans le contexte du recensement, à décider de l'assignation de certains individus à un groupe ou à l'autre. Il indique aussi le choix fait dans ce rapport, en continuité avec la pratique new-yorkaise, de considérer comme handicapé intellectuel toute personne dont le dossier médical porte comme diagnostic primaire un diagnostic de handicap intellectuel, de déficience mentale et autre expression historiquement équivalente ou dont l'évaluateur note, à la question sur le niveau d'intelligence apparent, qu'il y a un "retard", de "léger" à "profond".

TABLEAU 2

DIAGNOSTIC PRIMAIRE SELON CERTAINS NIVEAUX D'INTELLIGENCE ESTIMÉE CHEZ LES SUJETS CLASSES COMME SOUFFRANT DE HANDICAPS INTELLECTUELS

	INTELLIGENCE ESTIMÉE			
	RETARD LEGER	RETARD MODERE	RETARD SEVERE	RETARD PROFOND
RETARD MENTAL	42,4	68,0	79,2	90,5
AUTRE DIAGNOSTIC	57,6	32,0	20,8	9,5
N	1 043	1 431	1 045	775

Quant à la question de savoir quelle foi accorder aux prescriptions d'un instrument à propos des membres d'une population pour l'évaluation de laquelle il n'a pas été spécifiquement conçu, il s'agit là, en partie, d'une question empirique.[1]

1 Pour un autre examen de cette question, Jacques Côté "Le niveau d'autonomie et l'inventaire du niveau de soins: une possible exagération du requis des services", document de travail, Module de recherche psycho-sociale, Centre hospitalier Robert Giffard, 1986.

C'est de cette façon dont nous allons l'aborder. Cela nous fournira l'occasion d'examiner en détail le fonctionnement de l'algorithme et de voir lesquelles parmi toutes les conditions qu'il contient se réalisent le plus souvent et pour qui.

2. LA DIMENSION PSYCHIATRIQUE

Handicapés intellectuels et patients psychiatriques ne se distribuent pas de la même manière sur PSYCH. Comme on peut le voir au TABLEAU 3, les proportions de patients classés soit dangereux pour eux-mêmes ou autrui, soit encore antisociaux et/ou désorganisés sont plus fortes chez les handicapés intellectuels que chez les patients psychiatriques.

TABLEAU 3

DISTRIBUTION DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SUR PSYCH

PSYCH	HANDICAPÉS INTELLECTUELS	PATIENTS PSYCHIATRIQUES
Patients dangereux pour eux-mêmes mêmes ou autrui	33,5%	26,7%
Patients non dangereux mais antisociaux et/ou désorganisés	36,3%	26,2%
Patients ni dangereux, ni antisociaux, ni désorganisés	30,2%	47,1%
N	4 554	7 629

2.1 Les patients classés dangereux pour eux-mêmes ou autrui

En outre, un examen plus détaillé des motifs pour lesquels handicapés intellectuels et patients psychiatriques sont classés dangereux révèlent d'importantes différences.

L'algorithme est ainsi construit que sont classés dangereux tous ces patients qui:

1. Au cours du dernier mois ont commis l'un ou l'autre des actes violents énumérés aux questions 64 à 71.

2. Au cours du dernier mois ont dû être contrôlés pour comportements dangereux d'une ou l'autre des manières prévues à la question 72.

3. Sont actuellement considérés dangereux pour eux-mêmes ou autrui (question 73).

4. Satisfont deux ou plus des conditions suivantes:

   a) ont tenté de tuer quelqu'un au cours des trois derniers mois;

   b) ne sont pas autorisés à quitter leur unité sans surveillance;

   c) sont considérés hostiles sur une échelle réunissant les réponses aux questions 15, 19, 23, 24, 25, 42, 53, 54, 56 et 62.

   d) sont considérés dépressifs sur une échelle réunissant les réponses aux questions 31, 36, 40 et 59.

   e) sont considérés psychotiques sur une échelle réunissant les réponses aux questions 20, 33, 39, 41, 46, 57.

En pratique, les patients tendent plus souvent à être classés dangereux pour l'une ou l'autre de ces raisons que pour l'une et l'autre de ces raisons. On peut néanmoins établir la typologie suivante:

- Certains patients sont classés dangereux parce qu'ils sont considérés dangereux (condition 3) et seulement pour cette raison sans qu'ils satisfassent l'une ou l'autre des conditions prévues par l'algorithme, sans, par exemple, qu'ils aient commis d'actes violents au cours du dernier mois (condition 1).

- D'autres patients sont classés dangereux seulement parce qu'ils ont commis des actes violents au cours du dernier mois (condition 1) et seulement pour cette raison.

- D'autres patients sont classés dangereux seulement parce qu'ils sont instables sur le plan psychique et réalisent les combinaisons de conditions prévues en 4b), 4c), 4d) et 4e).

- D'autres patients sont classés dangereux seulement parce qu'ils ont été contrôlés d'une des manières prévues à la condition 2, sans que la raison précise de ce contrôle nous soit connue.

- D'autres patients peuvent avoir été violents (condition 1) et (condition 2) contrôlés.

- D'autres patients peuvent avoir été instables (conditions 4b à 4e) et (condition 2) contrôlés.

- D'autres patients, enfin, sont classés dangereux pour des combinaisons plus complexes de facteurs.

Handicapés intellectuels et patients psychiatriques classés dangereux ne se distribuent pas de la même manière dans cette typologie.

Il est évident à la lecture du TABLEAU 4 que la violence (26,4%) seule ou provoquant des mesures de contrôle diverses (26,4% + 19,5% = 45,9%) est chez les handicapés intellectuels la cause principale de classement des sujets comme dangereux. Ces mêmes motifs sont nettement moins souvent invoqués chez les patients psychiatriques (14,2% + 15,4% = 29,6%). Inversement, l'instabilité psychique, seule ou provoquant un contrôle est plus fréquente chez les patients psychiatriques (25,1% + 6,5% = 31,6%) que chez les handicapés intellectuels (16,9% + 3,9% = 20,8%).

TABLEAU 4

DISTRIBUTION DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES CLASSÉS DANGEREUX POUR EUX-MÊMES OU AUTRUI DANS UNE TYPOLOGIE DES CONDITIONS DÉFINISSANT LA DANGEROSITÉ

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS	PATIENTS PSYCHIATRIQUES
Réputés dangereux	3,9	5,5
Violents	26,4	14,2
Violents et contrôlés	19,5	15,4
Instables	16,9	25,1
Instables et contrôlés	3,9	6,5
Contrôlés	13,6	20,4
Autres	15,9	12,9
N.	1 524	2 038

Ces différences ne tiennent pas au fait que les handicapés intellectuels forment une population plus jeune que les patients psychiatriques. Si le TABLEAU 5 indique bien que la violence est principalement le fait des jeunes, il précise que cela est vrai des deux groupes tout en soulignant qu'à âge égal violence et violence contrôlée sont plus fréquemment retenues comme motif de classement à la cote dangereux pour lui-même ou autrui chez les handicapés intellectuels que chez les patients psychiatriques, sauf dans les catégories d'âge supérieures.

TABLEAU 5

DISTRIBUTION SELON LE GROUPE D'ÂGE DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES CLASSÉS DANGEREUX POUR EUX-MÊMES OU AUTRUI DANS UNE TYPOLOGIE DES CONDITIONS DÉFINISSANT LA DANGEROSITÉ

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS					
	18-34	35-54	55-64	65-74	75 et +	TOTAL
Réputés dangereux	3,4	5,4	3,3	3,1	-	3,9
Violents	25,8	29,7	24,6	25,5	14,1	26,4
Violents et contrôlés	25,4	19,4	8,2	5,2	1,6	19,5
Instables	8,4	14,3	31,1	50,2	50,0	16,9
Instables et contrôlés	4,2	3,0	-	9,3	9,4	3,9
Contrôlés	13,9	15,5	14,8	6,2	7,8	13,6
Autres	18,9	12,7	18,0	10,3	17,2	15,9
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	PATIENTS PSYCHIATRIQUES					
	18-34	35-54	55-64	65-74	75 et +	TOTAL
Réputés dangereux	6,2	8,1	5,9	3,2	1,1	5,5
Violents	12,4	13,3	15,6	15,5	13,2	14,2
Violents et contrôlés	26,6	16,9	11,3	7,4	4,3	15,4
Instables	10,4	20,0	29,7	40,8	49,1	25,1
Instables et contrôlés	7,9	7,9	3,9	7,0	5,3	6,5
Contrôlés	24,9	22,1	19,1	16,5	13,5	20,4
Autres	15,6	12,7	12,5	9,5	13,5	12,9
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2.1.1 La violence

Mais plus important encore que le fait que la commission d'actes violents soit un motif plus fréquent de classement à PSYCH = 3 chez les handicapés intellectuels que chez les patients psychiatriques est le fait que les actes posés par les uns et les autres ne sont pas toujours les mêmes.

TABLEAU 6

ACTES VIOLENTS COMMIS PAR LES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES CLASSÉS DANGEREUX POUR EUX-MÊMES OU AUTRUI POUR RAISON DE COMMISSION D'ACTES VIOLENTS OU DE COMMISSION D'ACTES VIOLENTS ET DE CONTENTION SEULEMENT

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS	PATIENTS PSYCHIATRIQUES
A tenté de se suicider	1,1	16,3
S'est infligé une blessure volontairement	43,8	19,1
Assaut physique sur quelqu'un	51,2	45,5
Assaut sexuel sur quelqu'un	2,3	5,1
A tenté de tuer quelqu'un	0,3	1,7
A mis le feu	-	3,5
Bris d'ameublement ou de biens	29,3	16,7

L'assaut physique contre quelqu'un est l'acte violent le plus commun chez ceux que la commission de tels actes fait classer comme dangereux pour eux-mêmes et pour autrui. On s'y adonne à peu près également chez les handicapés intellectuels que chez les patients psychiatriques, encore qu'il soit possible que ces assauts n'aient pas chez les uns et chez les autres les mêmes sources, les mêmes formes et les mêmes risques. Les autres formes de violence contre autrui, assaut sexuel et tentative de meurtre, sont infiniment plus rares et, bien que rares, assez clairement plus le fait de patients psychiatriques que de handicapés intellectuels.

La violence dirigée contre soi est plus fréquente chez les handicapés intellectuels que chez les patients psychiatriques. Elle y est presque aussi fréquente que la violence dirigée contre autrui. Elle tend à y prendre une forme quasi-unique, l'auto-mutilation. Moins fréquente chez les patients psychiatriques, elle y prend et cette forme de l'auto-mutilation et, à peu près aussi souvent, cette autre forme qu'est la tentative de suicide.

Enfin, la violence dirigée contre des objets est plus fréquente chez les handicapés intellectuels que chez les patients psychiatriques.

2.1.2 L'instabilité psychique

Après la commission d'actes violents dirigés contre soi, autrui ou des objets, ce sont des manifestations de diverses formes d'instabilité psychique, accompagnées ou non de mesures de contention, qui causent le classement d'individus à la catégorie dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui. Chez les patients psychiatriques, l'instabilité psychique devance même, marginalement, la violence comme cause de ce classement.

Sont réunis, sous cette idée d'instabilité psychique, des manifestations d'hostilité, des signes de dépression et des symptômes psychotiques. Dans la population classée dangereuse pour elle-même ou pour autrui, ce sont les symptômes psychotiques qui viennent en tête, et de loin, comme motif de ce classement. Cela vaut, comme l'indique le

TABLEAU 7, aussi bien chez les handicapés intellectuels que chez les patients psychiatriques, encore qu'ils soient, un peu bizarrement, un peu moins fréquents chez ces derniers.

TABLEAU 7

FORME D'INSTABILITÉ MENTALE AYANT CONDUIT À UN CLASSEMENT COMME DANGEREUX POUR SOI-MÊME OU AUTRUI CHEZ LES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS	PATIENTS PSYCHIATRIQUES
Manifestation d'hostilité	20,6	10,4
Etats dépressifs	8,6	27,6
Symptômes psychotiques	82,7	73,8
N.	301	546

Viennent, loin derrière, les états dépressifs et les manifestations d'hostilité, celles-ci plus fréquentes chez les handicapés intellectuels que chez les patients psychiatriques, l'inverse étant vrai des états dépressifs. On pourrait voir la confirmation d'une tendance observée plus tôt; lorsqu'il y a passages à l'acte, les actes violents sont plus fréquents chez les handicapés intellectuels et les tentatives de suicide plus fréquentes chez les patients psychiatriques.

Sont retenus comme symptômes psychotiques le fait que le patient:

- entend des choses qui n'existent pas
- voit des choses qui n'existent pas
- se parle, marmonne
- glousse et rit sans raison apparente
- a des idées et des propos étranges
- présente des rituels et des comportements bizarres

Les symptômes qui ont à voir plus directement avec l'idéation, entendre, voir des choses qui n'existent pas, avoir des idées et des propos étranges, sont plus fréquents chez les patients psychiatriques que chez les handicapés intellectuels. À l'inverse, les autres symptômes, plus behavioraux, sont plus fréquents chez ces derniers. Les différences observées ne sont pas énormes mais forment néanmoins un pattern.

Au total donc, une plus forte proportion de handicapés intellectuels (33,5%) que de patients psychiatriques (26,7%) sont classés dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui. Chez les handicapés intellectuels , c'est la commission d'actes violents accompagnés ou non de mesure de contention, qui est de loin la cause la plus importante (45,9%) de classement comme dangereux. Chez les patients psychiatriques, cette proportion est de 29,6%. Chez les handicapés intellectuels classés dangereux pour cause de commission d'actes violents, deux actes sont particulièrement fréquents, il s'agit d'assauts physiques sur autrui (51,2%), comportement qu'on retrouve presque aussi souvent chez leurs homologues patients psychiatriques (45,5%), et l'auto-mutilation (43,8%) qui elle est nettement plus rare chez les patients psychiatriques (19,1%). En revanche, ceux-ci ont un quasi-monopole sur les plus dangereux, et les plus rares, des actes violents: tentative de suicide, tentative de meurtre, incendie volontaire. Les handicapés mentaux sont plus souvent classés dangereux que les patients psychiatriques pour la commission d'actes, assauts sur autrui et auto-mutilation, dont l'intentionnalité et les conséquences effectives peuvent être chez eux différentes.

De la même façon, le classement comme dangereux de certains handicapés intellectuels pour raison d'instabilité mentale peut être sujet à révision puiqu'il peut résulter de la présence dans des minorités substantielles d'handicapés mentaux de traits de comportements (se parler, marmonner, glousser et rire sans raison apparente, présenter des rituels et des comportements bizarres) retenus pour constituer, avec d'autres, une échelle de symptômes psychotiques laquelle est la grande responsable du classement des patients comme dangereux pour eux-mêmes ou autrui pour cause d'instabilité psychique.

Chose certaine, dans ces boucles de l'algorithme qui conduisent à un classement comme dangereux, handicapés intellectuels et patients psychiatriques n'ont pas le même cheminement, un peu comme deux billes peuvent au billard électrique faire des scores identiques par des courses différentes.

2.2 Les patients classés antisociaux et/ou désorganisés

Le tableau 3 indiquait aussi qu'une plus forte proportion de handicapés intellectuels (36,3%) que de patients psychiatriques (26,2%) sont classés comme ayant des comportements antisociaux et/ou désorganisés. De quoi s'agit-il?

2.2.1 Les comportements antisociaux

Il suffit, pour être dit avoir un comportement antisocial d'avoir eu, souvent ou plus au cours des trois derniers jours, l'un ou l'autre des comportements dont il est fait mention aux questions 47, 51, 55, 58 et 61, ou d'avoir tenté de tuer quelqu'un au cours des trois derniers mois.

Presque les deux-tiers de personnes classées à PSYCH = 2 pourraient l'être à cause d'un comportement antisocial quelconque, cette proportion étant légèrement plus élevée chez les patients psychiatriques que chez les handicapés intellectuels. En revanche, il est rare qu'une même personne ait plus d'un comportement antisocial.

TABLEAU 8

NOMBRE DE COMPORTEMENTS ANTISOCIAUX CHEZ LES PATIENTS CLASSÉS ANTISOCIAUX ET/OU DÉSORGANISÉS SELON LA NATURE DU CAS

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS	PATIENTS PSYCHIATRIQUES
Aucun	40,4	36,2
Un	45,7	50,2
Deux	10,8	11,0
Trois ou plus	3,2	2,4
N.	1 655	2 001

Quant à la nature des comportements incriminés, il arrive qu'elle diffère assez sensiblement selon la nature du cas. Ainsi, la négligence des fumeurs est-elle deux fois plus fréquente chez les patients psychiatriques (39,1%) que chez les handicapés intellectuels (19,1%). Inversement, les mictions antisociales et les indiscrétions masturbatoires sont deux fois plus fréquentes chez les handicapés intellectuels (27,5%) que chez les patients psychiatriques (12,6%) et sont chez les handicapés intellectuels les comportements les plus souvent incriminés.

2.2.2 Les comportements désorganisés

Quant aux comportements dits désorganisés, ils sont présents chez plus de 2 sur 3 des personnes classées à PSYCH = 2.

TABLEAU 9

PRÉSENCE DE CERTAINS COMPORTEMENTS ANTISOCIAUX CHEZ LES PATIENTS CLASSÉS ANTISOCIAUX ET/OU DÉSORGANISÉS SELON LA NATURE DU CAS

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS	PATIENTS PSYCHIATRIQUES
S'approprie des choses qui ne lui appartiennent pas	14,3	11,7
Négligent lorsqu'il fume	19,1	39,1
S'exhibe ou se masturbe en public	7,6	2,8
Défèque et urine de façon antisociale	19,9	9,8
Accumule des objets hétéroclites	16,1	16,6

Formellement, la qualité du comportement du patient s'évalue en mettant en rapport les scores qu'il a obtenu sur des échelles mesurant des comportements négatifs à ceux obtenus à des scores mesurant des comportements positifs.

Certaines de ces échelles sont déjà connues du lecteur. Il s'agit de celles mesurant les états dépressifs, les symptômes psychotiques et les dispositions d'hostilité. Une autre échelle mesure une autre dimension négative soit les comportements inadmissibles à l'égard d'autrui à l'aide des questions 45, 47, 50, 51 et 61. D'autres échelles mesurent des dimensions positives du comportement: la sociabilité (questions 17, 22, 28, 30, 32 et 60), la propreté personnelle (questions 14, 21, 29 et 43), le niveau d'initiative (questions 18, 34, 35, 37 et 38) et le niveau de compréhension et de communication avec le milieu (questions 5, 6, 26, 27, 44, 48, 49, 52, 63 et 77). La moyenne des scores obtenus aux échelles de comportements négatifs est soustraite de la

moyenne des scores obtenus aux échelles de comportements positifs et si le résultat tombe sous un certain seuil, la personne est dite avoir des comportements faibles ou désorganisés et est classée à PSYCH = 2.

Dans les faits, ce ne sont pas les comportements dits négatifs qui sont surtout responsables du classement à 2 dans l'échelle PSYCH. Si une personne présente un de ces comportements avec force, de très nombreux et très fréquents symptômes psychotiques par exemple, il y a, comme nous l'avons vu de fortes chances qu'elle ait déjà été classée à 3 dans l'échelle PSYCH, dangereuse pour elle-même ou autrui. C'est bien plutôt la faiblesse des comportements positifs qui cause un classement comme personne ayant un comportement désorganisé.

Ainsi, près de 70% des personnes ainsi classées sont au mieux parfois sociables, s'intéressant aux activités autour d'elles (question 17), cherchant à fraterniser avec les autres (question 22), riant des événements drôles (question 28), engageant la conversation avec les autres (question 30), parlant des choses qui les intéressent (question 32), semblant prendre plaisir à ce qu'elles font (question 60).

Chez les personnes ainsi classées, le pattern est le même chez les handicapés intellectuels et les patients psychiatriques. Comme l'indique le TABLEAU 10, c'est d'abord la sociabilité qui est faible, suivie de la propreté personnelle, de l'initiative et du niveau de compréhension et communication avec le milieu.

TABLEAU 10

PROPORTION DE PERSONNES MANIFESTANT AU MIEUX PARFOIS LES COMPORTEMENTS REGROUPÉS DANS QUATRE ÉCHELLES DE COMPORTEMENTS POSITIFS SELON LA NATURE DU CAS

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS	PATIENTS PSYCHIATRIQUES
Sociabilité	73,0	67,6
Propreté personnelle	53,0	37,0
Initiative	35,5	27,0
Compréhension et communication	32,7	15,5

Toutefois, les proportions de handicapés intellectuels à ne pas être suffisamment sociables, propres, etc., sont toujours plus fortes que les proportions correspondantes de patients psychiatriques. Cela semble, dans certains cas, lié à la nature même du handicap qui affecte, par exemple, la facilité de compréhension et de communication. Dans d'autres cas, notamment la sociabilité, il pourrait s'agir aussi d'un effet de la durée d'institutionnalisation qui est typiquement longue chez les handicapés intellectuels.

Notons enfin que certaines des personnes classifiées ni dangereuses, ni antisociales, ni désorganisées peuvent quand même présenter certains problèmes de comportements à l'occasion. Mais à l'exception d'une sociabilité faible, ceux-ci sont plutôt rares.

TABLEAU 11

PROPORTION DE PERSONNES MANIFESTANT AU MIEUX PARFOIS LES COMPORTEMENTS REGROUPÉS DANS QUATRE ÉCHELLES DE COMPORTEMENTS POSITIFS SELON LA NATURE DU CAS, CHEZ LES PERSONNES CLASSÉES NI DANGEREUSES, NI ANTISOCIALE, NI DÉSORGANISÉES

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS	PATIENTS PSYCHIATRIQUES
Sociabilité	29,1	31,8
Propreté personnelle	6,7	2,9
Initiative	3,3	2,2
Compréhension et communication	1,8	0,4

3. LA DIMENSION PHYSIQUE

C'est dans les divers blocs qui forment la deuxième grande partie de l'algorithme, PLC, qu'on retrouve le plus de différence entre handicapés intellectuels et patients psychiatriques.

À l'usage, deux composantes de PLC s'avèrent particulièrement centrales. Il s'agit de sous-routines nommées respectivement SELFCARE et COMIND.

SELFCARE fait la moyenne de points obtenus à des questions qui concernent l'habileté des personnes à effectuer leurs tâches et soins personnels quotidiens, se lever (q.79), se laver (q.80), faire sa toilette (q.81) s'habiller (q.82), s'alimenter (q.83) utiliser la toilette (q.84). À cela s'ajoute des points chaque fois qu'il y a incontinence urinaire quelconque, incontinence des selles quelconque et incontinence des selles quotidienne.

Handicapés intellectuels et patients psychiatriques se distribuent de façon très différente sur l'échelle SELFCARE.

TABLEAU 12

DISTRIBUTION DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SUR L'ÉCHELLE SELFCARE

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS	PATIENTS PSYCHIATRIQUES
1. Autonome	17,9	47,7
2. Nécessite une faible supervision	23,1	24,4
3. Nécessite une supervision modérée	17,2	9,1
4. Nécessite une supervision élevée et une aide mineure	11,9	4,7
5. Nécessite une supervision modérée et une aide majeure	7,4	2,9
6. Nécessite des soins complets	22,6	10,2
N	4554	7629

Malgré le fait qu'ils soient plus jeunes, les handicapés intellectuels ont nettement plus souvent besoin, sur le plan physique, de supervision, d'aide et de soins. Ils sont presque trois fois moins nombreux (17,9 vs 47,7) à être classifiés autonomes et plus de deux fois plus à être considérés comme nécessitant une aide majeure ou des soins complets (7,4% + 22,6% = 30% vs 2,9% + 10,2 = 13,1%). Il faut savoir qu'un tel classement sur SELFCARE assure d'un classement au plus haut niveau de l'échelle PLC, celui de l'univers des soins infirmiers spécialisés. Ce n'est pas la seule façon d'atteindre ce niveau, une personne autonome sur le plan des soins personnels quotidiens peut y être classée si elle requiert une forte attention médicale et l'accès à des soins infirmiers spécialisés.

COMIND est une autre sous-routine déterminante dans PLC. C'est de son résultat que dépend le placement de personnes physiquement en bonne santé, n'ayant pas besoin de soins infirmiers spécialisés, physique-

ment autonomes, soit directement dans la communauté pour y vivre de façon indépendante, soit dans un milieu supervisé du type famille d'accueil/ pavillon.

COMIND détermine le niveau d'indépendance communautaire d'une personne. Une personne sera dite en besoin de supervision si l'une des conditions suivantes est satisfaite:

- elle ne voit rien (q.1).
- elle n'entend rien (q.2).
- elle est définitivement incapable de respecter ses rendez-vous à la clinique externe ou à d'autres ressources en santé (q.90b).
- elle est définitivement incapable d'utiliser correctement des ressources financières afin de pourvoir à ses besoins (q.90c).
- elle est définitivement incapable de s'acquitter des tâches nécessaires à l'entretien d'un logement (q.90e).
- elle est totalement incapable de parole (q.4).
- elle est probablement ou définitivement incapable de prendre sa médication de façon autonome.
- elle obtient une moyenne de plus de 3,5 aux questions de la question 90.

L'application de cet ensemble de conditions fait classer la quasi-totalité des handicapés intellectuels en besoin de supervision, proportion nettement plus élevée que celle qu'on retrouve chez les patients psychiatriques.

TABLEAU 13

DISTRIBUTION DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SUR L'ÉCHELLE D'INDÉPENDANCE COMMUNAUTAIRE (COMIND)

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS	PATIENTS PSYCHIATRIQUES
INDÉPENDANT	5,5	24,7
SUPERVISÉ	94,5	75,3
N	4 554	7 629

La différence d'impact de COMIND est particulièrement nette chez ces individus qui se sont classés comme indépendants sur SELFCARE, donc aptes à s'occuper par eux-mêmes des soins corporels élémentaires. Chez les 813 handicapés intellectuels ainsi classés, 21,5% se classent par ailleurs comme indépendants au sens communautaire. Chez les 3 637 patients psychiatriques classés indépendants sur SELFCARE, 44,3% se classent mêmement sur COMIND.

Le poids du handicap intellectuel sur la capacité d'indépendance communautaire des handicapés intellectuels recensés lors de l'opération de 1985 se fait clairement sentir sur les deux dimensions retenues par COMIND. Plus du quart (27,1%) sont classés comme incapables de parole, contre 4,0% chez les patients psychiatriques. La proportion de handicapés intellectuels dits probablement ou définitivement incapables de prendre seul leur médication, de respecter leurs rendez-vous, d'utiliser correctement leur argent, de conserver un emploi ou de s'acquitter de l'entretien d'un logement varie entre 80 et 94% selon l'item concerné. Les proportions correspondantes chez les patients psychiatriques sont toujours d'au moins 20 points inférieures, sauf dans le cas de la capacité de conserver un emploi rémunérateur, où l'écart se situe à 13,0%.

SELFCARE et COMIND contribuent donc puissamment à faire classer les handicapés intellectuels à des niveaux élevés de PLC -voir TABLEAU 14- mais cela moins à cause de facultés diminuées que d'habiletés non acquises.

TABLEAU 14

DISTRIBUTION DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SUR L'ÉCHELLE DE NIVEAUX DE SOINS PHYSIQUES REQUIS (PLC)

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS	PATIENTS PSYCHIATRIQUES
Autonome	4,5	21,8
Supervisé	42,1	47,7
Soins/Santé	20,5	14,0
Soins infirmiers spécialisés	32,9	16,4
N	4 554	7 629

4. SOINS PHYSIQUES ET SOINS PSYCHIATRIQUES

Un dernier tableau (15) indique que, quoique de façon irrégulière, le niveau de soins physiques requis croît avec le classement sur PSYCH. Le mouvement a chez les handicapés intellectuels et les patients psychiatriques la même allure générale, soit celle de la courbe. Celle-ci est moins prononcée chez les handicapés intellectuels que chez les patients psychiatriques. Mais ce n'est pas là sa caractéristique la plus importante. C'est bien plutôt celle que, chez les handicapés intellectuels, elle segmente la population de telle façon qu'elle crée à PSYCH=2 et à PSYCH=3 une claire majorité de personnes requérant au moins des soins de santé sinon des soins infirmiers. Chez les patients

psychiatriques au contraire, cette majorité se situe toujours, quoiqu'à un moment de justesse, chez ceux qui ont au plus besoin de supervision.

TABLEAU 15

NIVEAU DE SOINS PHYSIQUES REQUIS EN FONCTION DU CLASSEMENT SUR PSYCH CHEZ LES HANDICAPTÉS INTELLECTUELS ET LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES

		HANDICAPÉS INTELLECTUELS		
		PSYCH		
		1	2	3
PLC	1	10,4	1,3	2,5
	2	61,3	32,6	35,0
	3	16,4	21,3	25,6
	4	11,9	44,8	36,9
	N	1 375	1 655	1 524

		PATIENTS PSYCHIATRIQUES		
		PSYCH		
		1	2	3
PLC	1	34,1	5,4	16,4
	2	49,8	46,7	43,0
	3	10,1	18,6	16,3
	4	0,1	29,2	22,3
	N	3 590	2 001	2 038

CHAPITRE 3

L'INFLUENCE DE LA MALADIE, DE L'ÂGE ET DU SEXE SUR LE RÉSULTAT OBTENU SUR CARE10

Nous avons vu au chapitre précédent pourquoi les patients se retrouvaient à tel ou tel des niveaux prévus par CARE10. Nous allons tenter de voir ici qui se retrouve ici, là ou ailleurs. Encore que nous allons définir ce "qui" dans des termes extrêmement élémentaires, l'âge et le sexe des patients, et le diagnostic. Pour des raisons diverses, nous limitons dans ce chapitre l'analyse aux seuls patients psychiatriques.

1. L'ÂGE ET LE SEXE

Du TABLEAU 16 se dégage nettement l'influence déterminante de l'âge sur CARE10, influence elle-même modifiée, parfois de façon non négligeable, par le sexe.

On peut formuler ainsi les principales observations que le Tableau 16 permet de faire:

1. L'autonomie complète (CARE1), relativement rare de toute façon, décroît régulièrement après 55 ans.

2. Les besoins en soins infirmiers et physiques croissent régulièrement avec l'âge d'un point où ils sont négligeables à un point où ils sont requis par plus d'un sujet sur deux (CARE4-7-10, 54,9% des sujets âgées de 75 ans et plus).

3. La possibilité d'un placement communautaire augmente des 18-34 ans aux 55-64 ans puis décroît par la suite.

4. La possibilité d'un placement en réadaptation augmente chez les hommes des 18-34 ans aux 55-64 puis plafonne. Chez les femmes, elle augmente régulièrement des 18-34 aux 75 et plus.

5. La dangerosité décroît rapidement pour atteindre un creux chez les 55-64 et remonter ensuite mais sans atteindre les cotes records atteintes chez les 18-34.

6. L'autonomie est marginalement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, à tous âges, sauf chez les 75 et plus.

7. Il n'y a pas de différences marquées dans le recours aux soins infirmiers (CARE4-7-10) chez les hommes et les femmes, sauf chez les 75 ans et plus.

8. La possibilité d'un placement communautaire est la même chez les hommes et les femmes de 18-34 et de 35-54, nettement plus fréquente chez les femmes parmi les 55-64 et les 65-74, légèrement moindre chez les 75 et plus.

9. La possibilité d'un placement en réadaptation est toujours plus fréquente chez les hommes, sauf aux extrémités de l'échelle des âges.

10. La dangerosité est généralement aussi fréquente chez les hommes que chez les femmes.

TABLEAU 16

DISTRIBUTION DE LA POPULATION SUB CARE10 EN FONCTION DU SEXE ET DE L'AGE

	18 - 34		35 - 54		55 - 64		65 - 74		75 et +		TOTAL	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
CARE 1	21,9	25,8	21,7	24,1	13,5	15,9	7,9	8,5	3,7	3,1	16,5	15,5
2	17,4	12,8	24,5	22,9	29,5	32,2	21,1	28,4	13,1	11,7	22,6	22,1
3	2,6	3,9	3,0	4,2	3,9	6,6	5,5	7,8	6,5	7,1	3,7	5,9
4	0,1	0,0	0,4	0,9	1,4	5,7	4,0	4,8	10,4	11,2	2,0	4,6
2-4	20,1	16,7	27,9	26,0	34,7	44,5	30,9	41,0	32,0	30,0	28,3	32,6
5	11,7	11,5	18,6	12,5	21,6	11,7	13,8	8,5	7,8	5,9	16,0	10,1
6	1,0	2,1	3,3	2,5	8,7	3,7	9,8	7,5	7,3	5,8	5,1	4,3
7	0,4	1,1	2,0	1,4	5,2	5,7	13,5	12,1	20,9	30,7	5,6	10,2
5-7	13,1	14,7	23,9	16,4	35,6	21,1	37,1	28,1	36,0	42,4	26,7	24,6
8	38,4	34,0	21,2	22,4	8,0	8,8	6,6	8,3	5,0	4,2	18,8	14,9
9	5,5	6,4	3,1	3,3	3,5	4,2	6,9	5,1	6,0	4,3	4,5	5,0
10	1,1	2,4	2,2	3,6	4,7	5,5	10,9	9,0	17,2	16,1	5,0	7,4
8-10	45,0	42,8	26,5	31,4	16,2	18,5	24,4	23,4	28,2	24,6	28,3	27,3
N	935	532	1415	1106	850	786	579	744	383	814	4162	3982

2. LA MALADIE

Les pathologies tendent également à laisser sur CARE10 leurs signatures particulières. Nous ne sommes que trop conscients du caractère grossier des regroupements de diagnostics que nous utilisons ici, soit:

- Psychoses organiques, CIM-9, 290 à 294
- Schizophrénies, CIM-9, 295
- Psychoses non organiques, CIM-9, 296 à 299
- Troubles névrotiques, CIM-9, 300 à 316

La nature des informations dont nous disposons, la façon dont elles ont été préalablement codées et la façon dont les nombres tombent ne nous permettent guère de procéder autrement (voir tableau 17).

Les psychoses organiques qui, dans cette population, sont plus souvent qu'autrement le fait de personnes âgées admises à un âge avancé surtout dans des hôpitaux psychiatriques, se distinguent à deux égards:

. La rareté relative de la possibilité d'un placement communautaire (CARE1 à 4).

. L'importance unique du recours à des soins infirmiers spécialisés (CARE4 7 et 10) qui s'avèrent nécessaires pour plus d'un patient sur deux (53,8%).

Les diagnostics de schizophrénie caractérisent, à eux seuls, plus de la moitié de la population étudiée. L'immense majorité de ces patients, qui eux tendent à être jeunes, sont indépendants sur le plan physique (CARE1,2,5,8, 77,1%). En outre, c'est le groupe diagnostic dans lequel la dispersion sur les différents points de cet éventail qu'est CARE10 est la plus grande, un peu comme si le diagnostic de schizophrénie n'était, en soi, garant de rien quant aux traitements à recevoir et, surtout, quant à l'endroit où l'on devrait se les procurer.

Quant aux psychoses non organiques et aux troubles névrotiques, ils offrent, du point de vue particulier de CARE10, un remarquable parallé-

lisme. Ni l'un ni l'autre n'ont de composantes physiques importantes: le besoin de soins infirmiers est présent pour 15,1% des diagnostics de psychoses non organiques et pour 13,3% des diagnostics de troubles névrotiques. A la différence de la schizophrénie, tous deux poussent vers les extrêmes, soit vers le traitement en institution (CARE8 à 10), soit vers le retour à une vie plus proche de la communauté.

TABLEAU 17

CARE10 SELON DE GRANDES CLASSES DE DIAGNOSTICS

	PSYCHOSES ORGANIQUES	SCHIZOPHRÉNIES	PSYCHOSES NON ORGANIQUES	TROUBLES NÉVROTIQUES
CARE 1	3,8	15,4	19,9	26,4
2	12,8	26,3	19,2	13,6
3	4,1	4,0	6,3	6,9
4	7,2	1,5	3,4	2,8
2-4	24,1	31,8	28,9	23,3
5	9,3	17,6	7,0	8,6
6	6,2	4,9	4,4	4,0
7	29,0	4,3	5,1	5,9
5-7	44,5	26,8	16,5	18,5
8	6,2	17,8	21,5	21,5
9	3,9	4,2	6,7	5,8
10	17,6	4,1	6,6	4,6
8-10	27,7	26,1	34,8	31,9
N	852	4469	1378	988

3. LE DIAGNOSTIC, L'ÂGE ET LE SEXE

L'examen détaillé des TABLEAUX 18 à 21 permet de confirmer et de préciser des observations faites antérieurement.

Dans cette population, les psychoses organiques sont surtout le fait de personnes âgées et, sauf dans le plus âgé des groupes d'âge, d'hommes. La capacité d'autonomie est toujours faible et décroît avec l'âge comme d'ailleurs la possibilité d'un placement supervisé dans la communauté. La dangerosité baisse puis remonte avec l'âge. Contrairement à ce qui se passe lorsqu'on examine la situation toutes pathologies confondues, le recours aux soins infirmiers spécialisés est plus fréquent , dans toutes les catégories d'âge, chez les femmes que chez les hommes. Enfin, la dangerosité est assez nettement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes dans les deux groupes d'âge supérieurs, lesquels réunissent plus des deux tiers des cas de psychoses organiques recensés.

Les patients atteints de schizophrénie sont, globalement, plus jeunes que ceux qui souffrent de psychoses organiques. C'est peut-être dans cette population que l'influence de l'âge se fait le plus nettement sentir. Examinée sans égard à l'âge, la distribution des schizophrénies sur CARE10 présente le caractère de grande dispersion que nous avons déjà noté. Vue sous l'angle de l'âge, elle prend une autre allure. De 18 à 64 ans, tout se passe comme si l'âge augmentait de

façon importante la possibilité d'un placement communautaire, indépendant ou supervisé creusant, chemin faisant, un écart entre les hommes et les femmes qui deviendra important chez les 55 à 74 ans. En même temps, la dangerosité, ici aussi fréquente chez les femmes que chez les hommes, chute rapidement.

Les psychoses non organiques touchent, comme la schizophrénie, une population assez variée du point de vue de l'âge, mais cette fois-ci plus féminine que masculine. Outre cela, nous retrouvons ici des tendances qui nous sont maintenant bien connues; croissance du recours aux soins infirmiers spécialisés avec l'âge, réapparition du lien en U entre dangerosité et âge, proportion plus grande de femmes que d'hommes en placement communautaire supervisé chez les 55-64 et les 65-74 ans. Toutefois, lorsque présente, la dangerosité est toujours au moins marginalement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Enfin, on retrouve essentiellement le même pattern dans les cas de troubles névrotiques, à ceci près que dans les trois groupes d'âge supérieur, la possibilité d'un placement communautaire ou supervisé est nettement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Ces derniers sont en revanche nettement plus fréquemment dangereux.

Au total, cette analyse de l'impact de l'âge, du sexe et du diagnostic sur le placement sur CARE10 confirme de grandes tendances déjà connues et attire l'attention sur certains points particuliers.

. L'autonomie décroît partout après 55 ans, bien que le niveau auquel, devenue rare, elle se maintient, varie d'une pathologie à l'autre, sans qu'il y ait, par ailleurs, un constant avantage des hommes sur les femmes ou vice-versa.

. Les besoins en soins infirmiers spécialisés croissent régulièrement avec l'âge. Sauf dans le cas des psychoses organiques, ils ne deviennent vraiment fréquents qu'après 65 ans. Hommes et femmes n'ont pas là-dessus d'avantage systématique les uns par rapport aux autres.

. La possibilité d'un placement communautaire supervisé augmente de 18 à 64 ans. D'abord négligeable, l'écart entre hommes et femmes apparaît nettement, au profit de ces dernières, dans toutes les pathologies sauf les psychoses organiques, chez les 55-64 ans et se maintient chez les 65-74 ans, après quoi il disparaît, sauf dans le cas des troubles névrotiques, où il perdure avec une force étonnante.

. Le placement en milieu de réadaptation est, sauf pour les psychoses organiques, toujours plus fréquent chez les hommes que chez les femmes des trois groupes d'âges centraux, 35-54, 55-64 et 65-74 ans.

. Dans toutes les pathologies, la dangerosité suit une courbe en U avec l'âge. Elle est toujours à son point le plus élevé chez les 18-34 ans et à son point le plus bas chez les 55-64 ans, après quoi

elle remonte. La schizophrénie, tend, à âge semblable, à présenter les plus faibles taux de dangerosité. Sauf chez les schizophrènes où les différences sexuelles en termes de dangerosité sont minimes, la dangerosité est dans les autres pathologies toujours plus fréquente chez les hommes que chez les femmes sauf dans le groupes d'âge des 35-54, là où la situation s'inverse et présente souvent des écarts importants.

TABLEAU 18

CARE10 SELON LE SEXE ET L'ÂGE:
CAS DE PSYCHOSES ORGANIQUES

	18 - 34		35 - 54		55 - 64		65 - 74		75 et +		TOTAL	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
CARE 1	15,4	40,0	12,3	13,6	6,9	3,4	1,6	1,0	0,9	0,9	5,1	2,4
2	15,4	0,0	13,4	9,1	26,5	16,9	13,6	18,2	10,3	3,9	16,1	9,4
3	0,0	0,0	6,2	13,6	5,9	5,1	5,6	4,0	4,3	1,3	5,1	3,1
4	0,0	0,0	3,1	0,0	2,0	13,6	7,2	9,1	9,5	8,2	5,5	8,6
2-4	15,4	0,0	24,7	22,7	34,4	35,6	26,4	31,3	24,1	13,4	26,7	21,1
5	7,7	0,0	26,2	13,6	16,7	6,8	12,0	5,1	4,3	4,7	12,9	5,5
6	3,8	0,0	4,6	4,5	9,8	5,1	6,4	9,1	6,0	4,7	6,7	5,8
7	3,8	20,0	10,8	13,6	12,7	22,0	20,0	30,8	31,9	50,4	19,1	39,3
5-7	15,3	20,0	41,6	31,7	39,2	33,9	38,4	45,0	42,2	59,8	38,7	50,6
8	50,0	40,0	9,2	9,1	6,9	11,9	4,0	8,1	0,9	0,9	7,4	5,0
9	3,8	0,0	7,7	4,5	3,9	1,7	7,2	3,0	3,4	2,2	5,3	2,4
10	0,0	0,0	4,6	18,2	8,8	13,6	22,4	12,1	28,4	22,8	16,8	18,5
8-10	53,8	40,0	21,5	31,8	19,6	17,2	33,4	23,2	32,7	25,9	29,5	25,9
N	26	5	65	22	102	59	125	99	116	232	434	417

TABLEAU 19

CARE10 SELON LE SEXE ET L'ÂGE:
CAS DE SCHIZOPHRENIES

	18 - 34		35 - 54		55 - 64		65 - 74		75 et +		TOTAL	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
CARE 1	19,8	22,7	18,6	20,7	12,4	14,4	8,4	7,7	5,8	3,8	15,8	14,7
2	18,6	17,6	26,4	26,2	31,3	39,0	26,0	32,3	21,2	18,8	25,1	27,8
3	2,1	2,4	2,2	3,4	2,9	4,1	6,0	8,0	8,0	9,9	3,1	5,2
4	0,0	0,0	0,4	0,5	0,8	3,3	1,8	2,4	5,8	6,8	0,8	2,8
2-4	20,7	20,0	29,0	30,1	35,0	46,4	33,8	42,7	35,0	35,5	29,0	35,3
5	15,1	14,1	21,5	17,3	28,4	15,3	17,2	13,1	10,9	8,5	20,3	14,4
6	1,3	2,7	3,2	2,4	7,7	4,3	11,6	8,9	10,2	7,5	5,3	4,8
7	0,5	0,8	1,3	1,6	4,1	3,6	10,2	7,4	12,4	19,1	3,3	5,6
5-7	16,9	17,6	26,0	21,3	40,2	23,2	39,0	29,4	33,5	35,1	28,9	24,8
8	36,5	31,4	22,5	19,6	6,2	7,7	7,4	9,2	6,6	6,5	20,0	14,7
9	4,8	5,9	2,1	4,8	3,7	3,1	5,3	5,3	6,6	6,1	3,7	4,9
10	1,3	2,4	1,8	3,5	2,7	5,3	6,3	5,6	12,4	13,0	2,9	5,6
8-10	42,6	39,7	26,4	27,9	12,6	16,1	19,0	20,1	23,6	25,6	26,6	25,2
N	622	255	955	623	518	418	285	337	137	293	2517	1926

TABLEAU 20

CARE10 SELON LE SEXE ET L'ÂGE:
CAS DE PSYCHOSES NON ORGANIQUES

	18 - 34		35 - 54		55 - 64		65 - 74		75 et +		TOTAL	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
CARE 1	27,5	19,2	27,5	26,7	23,4	21,8	15,3	7,1	6,3	5,3	23,1	17,4
2	14,8	8,7	19,8	17,9	25,2	21,2	17,6	30,1	22,9	13,7	19,5	19,1
3	2,8	6,7	4,9	5,0	4,5	9,4	7,1	4,5	8,3	12,2	4,9	7,2
4	0,0	0,0	0,0	0,8	1,8	7,1	4,7	3,1	12,5	9,9	2,1	4,4
2-4	17,6	15,4	24,7	23,7	31,5	37,7	29,4	39,7	43,7	35,8	26,5	31,7
5	8,7	8,7	12,1	5,4	7,2	8,2	10,6	4,5	6,3	5,3	8,1	6,2
6	0,0	1,9	3,3	2,9	9,9	2,9	10,6	3,8	10,4	6,9	5,5	3,6
7	0,0	0,0	0,5	0,0	2,7	4,7	11,8	12,2	8,3	19,1	3,2	6,5
5-7	8,7	10,6	15,9	8,3	19,8	15,8	33,0	20,5	25,0	31,3	16,8	16,3
8	43,7	46,2	24,2	29,6	16,2	11,2	7,1	11,5	4,2	3,8	23,2	20,1
9	8,5	7,7	5,5	7,5	2,7	8,2	7,1	5,8	8,3	6,1	6,2	7,1
10	0,0	1,0	2,2	4,2	6,3	5,3	8,2	15,4	12,5	17,6	4,2	8,4
8-10	52,2	54,9	31,9	41,3	25,2	24,7	26,4	32,7	25,0	27,5	33,6	35,6
N	142	104	182	240	111	170	85	156	48	131	568	801

TABLEAU 21

CARE10 SELON LE SEXE ET L'ÂGE:
CAS DE TROUBLES NÉVROTIQUES

	18 - 34		35 - 54		55 - 64		65 - 74		75 et +		TOTAL	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
CARE 1	25,0	32,2	37,6	38,8	18,1	20,5	11,7	22,5	6,1	6,5	24,7	27,7
2	12,0	8,4	12,1	10,0	19,3	26,5	15,0	18,0	6,1	12,9	13,5	13,8
3	5,0	5,6	6,0	5,0	4,8	14,5	3,3	13,5	0,0	9,7	4,7	8,6
4	0,0	0,0	0,0	0,6	3,6	6,0	6,7	6,7	3,0	12,9	1,8	3,7
2-4	17,0	14,0	18,1	15,6	27,7	47,0	25,0	38,2	9,1	35,5	20,0	26,1
5	7,5	9,1	10,1	6,3	12,0	8,4	8,3	6,7	12,1	6,5	9,7	7,4
6	0,0	0,7	2,7	3,1	13,3	3,6	5,0	7,9	6,1	6,5	4,5	3,7
7	0,0	1,4	4,0	0,6	6,0	4,8	16,7	6,7	27,3	24,2	6,7	3,2
5-7	7,5	11,2	16,8	10,0	31,3	16,8	30,0	21,3	45,5	37,2	20,9	16,3
8	42,5	32,9	20,8	28,1	10,8	8,4	10,0	4,5	18,2	8,1	23,1	20,1
9	5,8	6,3	4,7	5,6	3,6	3,6	13,3	5,6	12,1	3,2	6,5	5,2
10	1,7	3,3	2,0	1,9	8,4	3,6	10,0	7,9	9,1	9,7	4,7	4,5
8-10	50,0	42,7	27,5	35,6	22,8	15,6	33,3	18,0	39,4	21,0	34,3	29,8
N	120	143	149	160	83	83	60	89	33	62	445	537

CHAPITRE 4

LA RELATION ENTRE LE RÉSULTAT SUR CARE10 ET LE LIEU DE RÉSIDENCE

La double signification de CARE10 a été soulignée au chapitre 1. Dans un premier temps, CARE10 indique où se situe un patient dans une typologie définie par le croisement d'une première classification des patients selon leur état mental (PSYCH) et d'une seconde classification des patients selon leur état de santé physique et leur autonomie sociale (PLC). C'est ainsi que sont classés à CARE1 tous ces patients qui sont en mesure de subvenir à leurs besoins physiques élémentaires et qui, par ailleurs, ne sont ni dangereux, ni antisociaux, ni désorganisés.

D'autre part, correspondent à chacun des niveaux de CARE10 des lieux de résidence et de traitement où pourraient et devraient être placés les patients combinant les caractéristiques requises dans la perspective d'un réaménagement des établissements et services fournissant actuellement les soins psychiatriques. En pratique, certains de ces lieux existent déjà. Mais d'autres ne sont encore que des vues de l'esprit, des formules à être créées, testées et évaluées.

1. CARE10 ET LES LIEUX DE TRAITEMENT

Furman et Lund[1] décrivent ainsi les dix niveaux de soins envisagés et les lieux qui pourraient y correspondre. Notre traduction reprend intégralement les appellations de certains établissements déjà connus dans l'État de New York.

---

1 Op. cit., 34-35, Traduction libre.

DESCRIPTION DES DIX NIVEAUX DE SOINS

NIVEAUX	DESCRIPTION
Environnements résidentiels dans la communauté (Les clients ne requérant pas de soins psychiatriques continus sont placés aux niveaux 1 à 4 selon leurs besoins fonctionnels)	Pour ces clients qui ne sont pas dangereux pour eux-mêmes ou autrui et dont l'état mental n'affecte pas sérieusement la capacité fonctionnelle et/ou la compétence sociale. Ces clients ne requièrent pas de soins psychiatriques continus mais peuvent requérir des traitements en clinique externe. Bien que ces patients puissent présenter encore quelques symptômes, les comportements problématiques qu'ils peuvent avoir sont sensiblement les mêmes que ceux des clients généralement traités dans la communauté dans l'un ou l'autre des lieux suivants.
1. Existence autonome	1. Pour ces patients capables de subvenir à leurs besoins personnels de façon autonome, sans supervision, et de gérer leurs propres affaires en vivant seul, dans leur famille ou avec d'autres personnes.
2. Établissement offrant soins et surveillance	2. Pour ces clients requérant une assistance et des soins limités pour leurs besoins personnels, comprend les Private Proprietary Homes for Adults, Halfway Houses, Quarterway Houses, Hostels, Family Care Settings et Community Residences.
3. Établissement de soins intermédiaires	3. Pour ces clients requérant par intermittance des soins infirmiers préventifs, palliatifs ou restoratifs (v.g. une assistance physique pour le bain, l'habillement, l'alimentation et/ou l'usage de la toilette) qui vont au-delà du gîte et du couvert mais sont moins spécialisés que ceux fournis par un établissement de soins infirmiers.
4. Établissement de soins infirmiers	4. Pour ces patients requérant 24 heures par jour de la supervision et des soins infirmiers spécialisés à cause d'une maladie physique chronique ou aiguë et un besoin de services infirmiers spécialisés à cause de leur incapacité de prendre soin d'eux-mêmes.

DESCRIPTION DES DIX NIVEAUX DE SOINS

NIVEAUX	DESCRIPTION
Environnements de réadaptation psychiatrique (Les patients requérant des soins de réadaptation psychiatrique sont placés dans les niveaux 5 à 7 selon leurs besoins fonctionnels).	Pour ces patients avec des troubles mentaux qui ne mettent en danger ni autrui, ni eux-mêmes, bien qu'ils affectent sérieusement la capacité fonctionnelle et/ou la compétence sociale ou dont les comportements seraient intolérables dans la communauté, des environnements dont le personnel peut fournir 24 heures par jour des soins, de la supervision et des traitements de réadaptation psychiatrique.
5. Environnement de réadaptation psychiatrique/Unité de supervision	5. Pour ces patients requérant des soins de réadaptation psychiatrique et une supervision ou une assistance limitée dans les activités de la vie quotidienne et pour lesquels des soins infirmiers et une attention médicale pour problèmes somatiques ne sont pas requis.
6. Environnement de réadaptation psychiatrique/Unité de soins intermédiaires	6. Pour ces patients requérant des soins de réadaptation psychiatrique plus, par intermittence, des soins infirmiers préventifs, d'assistance ou restoratifs (v.g. une assistance physique pour le bain, l'habillement, l'alimentation et/ou l'usage de la toilette) qui vont au-delà du gîte et du couvert mais sont moins spécialisés que ceux fournis par un établissement de soins infirmiers.
7. Environnement de réadaptation psychiatrique/Unité de soins infirmiers spécialisés	7. Pour ces patients requérant des soins de réadaptation psychiatrique et de la supervision et des soins infirmiers spécialisés 24 heures par jour à cause d'une maladie physique ou de leur incapacité à prendre soins d'eux-mêmes.

DESCRIPTION DES DIX NIVEAUX DE SOINS

NIVEAUX	DESCRIPTION
Centre de traitement psychiatrique intensif (Les patients requérant un traitement psychiatrique intensif se distribuent des niveaux 8 à 10 selon leur capacité fonctionnelle).	Pour ces patients dont les troubles mentaux nécessitent observation, supervision et traitement sur une base intensive, prescrite par la présence de symptômes psychiatriques incontestables ou d'une dangerosité pour soi, autrui ou la propriété, le tout associé à un ébranlement de la capacité fonctionnelle à jouer les rôles sociaux appropriés.
8. Centre de traitement psychiatrique intensif/Unité de supervision	8. Pour ces patients requérant un traitement psychiatrique intensif et une assistance et une supervision limitées pour leurs besoins personnels.
9. Centre de traitement psychiatrique intensif/Unité de soins intermédiaires	9. Pour ces patients requérant un traitement psychiatrique intensif ainsi que, par intermittence, des soins infirmiers préventifs, d'assistance ou restoratifs (v.g. une assistance physique pour le bain, l'habillement, l'alimentation et/ou l'usage de la toilette) qui vont au-delà du gîte et du couvert mais sont moins spécialisés que ceux fournis par un établissement de soins infirmiers.
10. Centre de traitement psychiatrique intensif/Unité de soins infirmiers spécialisés	10. Pour ces patients requérant un traitement psychiatrique intensif et de la supervision et des soins infirmiers spécialisés 24 heures par jour à cause de leur état physique.

∵ ∴ ∵ ∴ ∵ ∴ ∵ ∴ ∵

Certains des lieux dont il est question ci-haut sont aisément reconnaissables. Cela est particulièrement vrai aux deux bouts de la chaîne alors qu'ils correspondent à des choses qui existent déjà. CAREI,

c'est l'existence autonome ou, peut-être pour certains, l'appartement supervisé. De CARE8 à CARE10, il semble bien qu'il s'agisse d'un centre de traitement psychiatrique intensif (Intensive Psychiatric Treatment Center) et de ses services qui correspondent en gros à l'hôpital psychiatrique actuel déchargé de certaines de ses fonctions historiques. À CARE2, il s'agit de la famille d'accueil et/ou du pavillon.

Ailleurs, les choses sont moins claires. Par exemple, s'agit-il de CARE5 à CARE7 d'un même établissement (Rehabilitation Psychiatric Environment) dont les différents services sont organisés en fonction de l'état physique des patients ou de trois types d'établissements différents? Quel intérêt par ailleurs y a-t-il à créer, dans la communauté, à CARE4, ce qui a tout l'air de centres d'accueil d'hébergement psychiatriques dont, en pratique, les patients ne sauraient sortir à cause de leur état physique grandement détérioré.

Ceci dit, l'hétérogénéité de la population touchée par l'enquête -notamment en ce qui concerne sa localisation dans le système de soins psychiatriques- et les prescriptions de CARE10 quant à la localisation dans un système de soins psychiatriques idéal impose l'examen du degré d'adéquation entre les prescriptions de CARE10 et la localisation effective des patients. Le TABLEAU 22 amorce cet examen.

2. LES PATIENTS RÉSIDANT EN PAVILLONS ET EN FAMILLES D'ACCUEIL

Commençons par les patients externes, c'est-à-dire ceux qui habitent, pour l'essentiel, dans des familles d'accueil ou dans des pavillons. Une très faible proportion d'entre eux -6,8%, chez les handicapés intellectuels, 6,7% chez les patients psychiatriques- sont classés

TABLEAU 22

DISTRIBUTION SUR CARE10 DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS
ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE
EFFECTIF AU MOMENT DU RECENSEMENT*

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS			PATIENTS PSYCHIATRIQUES		
	INTERNE	EXTERNE	TOTAL	INTERNE	EXTERNE	TOTAL
CARE 1	1,9	9,6	3,1	14,5	20,5	16,1
2	13,0	47,7	18,5	15,9	44,7	23,5
3	5,1	4,3	5,0	5,1	3,9	4,8
4	4,1	0,7	3,5	3,7	0,3	2,8
2-4	22,2	52,7	27,0	24,7	48,8	31,1
5	10,6	21,6	12,4	11,3	20,2	13,6
6	7,8	7,3	7,7	5,6	2,9	4,9
7	19,1	1,7	16,3	10,2	1,7	7,7
5-7	37,5	30,6	36,4	27,1	23,8	26,2
8	13,8	5,4	12,5	20,2	5,5	16,4
9	10,0	1,4	8,6	5,6	0,8	4,3
10	14,6	0,4	12,4	7,9	0,4	6,0
8-10	38,4	6,8	33,3	33,7	6,7	26,7
N	3 813	727	4 540	5 612	2 002	7 614

* Rappelons que sont dits résider à l'interne les patients résidant à l'hôpital même, en courte ou longue durée, et à l'externe les patients résidant dans des familles d'accueil et des pavillons dépendants de l'hôpital.

comme dangereux pour eux-mêmes ou autrui et placés de ce fait de CARE8 à CARE10. Cela peut réfléter la détérioration de la condition de certains patients, présage d'un retour à l'interne à plus ou moins brève échéance. Il est probable aussi que cela reflète la prudence de l'algorithme dans son repérage des patients dangereux et qu'on ait affaire ici aux patients présentant les moins graves des actes et des états qui valent ce classement.

Presque pas de patients en externe requièrent les soins infirmiers spécialisés dont il est question à CARE4, 7 et 10. Les proportions sont de 2,8% chez les handicapés intellectuels et de 1,4% chez les patients psychiatriques.

Un peu plus, mais peu quand même, requièrent par intermittence les soins infirmiers moins spécialisés qui sont caractéristiques de CARE3, 6 et 9. Les proportions sont de 13% chez les handicapés intellectuels et de 7,5% chez les patients psychiatriques.

Jusqu'à maintenant, les handicapés intellectuels et les patients psychiatriques hébergés en externe sont assez semblables en ce sens que les proportions d'entre eux qui ne devraient pas l'être, dans la perspective d'une stricte application des prescriptions de CARE10, soit pour des raisons psychiatriques, soit pour des motifs de soins physiques requis sont et faibles et fort semblables.

Ils diffèrent cependant sous un rapport. Des proportions assez dissemblables des uns et des autres sont classées à CARE1 -donc capables de mener une existence autonome, sans surveillance- mais sont cependant logées en famille d'accueil ou en pavillon. La proportion est de 9,6% chez les handicapés intellectuels. À 20,5%, elle double chez les patients psychiatriques.

La signification et les causes de ce phénomène ne sont cependant pas simples. Pour une partie, cela reflète sans doute la fonction de lieu de transition vers l'existence autonome que jouent pavillons et familles d'accueil. Mais, d'autre part, cela peut réfléter toutes sortes de choses depuis la réticence de patients à faire le saut dans un monde qui ne leur est pas toujours accueillant jusqu'à l'intérêt qu'ont les familles d'accueil et les pavillonneurs à garder dans leur clientèle des patients faciles, voire serviables, d'autant qu'ils acceptent ou doivent garder, en nombre moindre il est vrai, des patients demandant nettement plus de surveillance et de soins.

Au total, on retrouve en externe surtout des patients qui, dans la critériologie de CARE10, devraient y être. Pas tous cependant puisque tout se passe comme si le système d'hébergement externe dans le réseau psychiatrique compensait les risques et les charges additionnelles qu'il prend pour une fraction (12 à 13% chez les patients psychiatriques) par la rétention d'une clientèle facile, objectivement sur-protégée dans les termes de CARE10.

Quant à savoir si cela est bien le cas, le TABLEAU 23 autorise certaines réserves. Le tableau n'indique pas de spécialisation très forte entre les familles d'accueil, aptes à recevoir les cas les plus légers, et les pavillons, structure déjà plus vaste et plus complexe et donc capable de recevoir des cas plus lourds, du type CARE5 par exemple. La clientèle des pavillons tend bien à être plus lourde que celle des familles d'accueil, mais l'écart entre les deux est une différence de degré plutôt que de nature. Qui plus est, les pavillons qui à cause du volume de leur clientèle seraient les mieux placés pour jouer le jeu d'équilibrage des cas dont il a été question au paragraphe précédent sont ceux qui comptent les plus faibles proportions de patients classés à CARE1.

3. LES PATIENTS RÉSIDANT À L'HÔPITAL

Mais si la vaste majorité des patients logés hors les murs de l'hôpital (TABLEAU 24) sont, dans la perspective de CARE10 toujours, bien à leur place, la même chose n'est pas tout à fait vraie de ceux qui sont à l'hôpital.

On peut, dans un premier temps, examiner le cas des patients en courte durée. Chez les handicapés intellectuels le nombre de personnes en courte durée (224) est tel par rapport à l'ensemble qu'il est négligeable et qu'on ne peut espérer grand'chose de l'analyse de cette situation. Chez les patients psychiatriques en revanche, ils représentent près du tiers (31,6%) de la population touchée par le recensement.

TABLEAU 23

DISTRIBUTION SUR CARE10 DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES RÉSIDANT EN EXTERNE SELON QU'ILS HABITENT DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL OU DANS UN PAVILLON

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS		PATIENTS PSYCHIATRIQUES	
	FAMILLES D'ACCUEIL	PAVILLONS	FAMILLES D'ACCUEIL	PAVILLONS
CARE 1	11,6	7,9	22,8	15,5
2	56,3	40,8	49,2	42,9
3	3,1	5,5	3,9	3,8
4	0,6	0,8	0,6	0,1
2-4	60,0	46,3	53,7	46,8
5	15,6	27,2	13,7	26,7
6	6,1	7,9	2,8	3,3
7	1,5	1,6	0,9	0,5
5-7	23,2	36,7	17,4	30,5
8	3,4	6,8	4,5	6,2
9	1,2	1,3	0,9	0,8
10	0,6	0,3	0,6	0,3
8-10	5,2	8,4	6,0	7,3
N	327	382	994	919

TABLEAU 24

DISTRIBUTION SUR CARE10 DES HANDICAPÉS INTELLECTUELS ET DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES RÉSIDANT À L'HÔPITAL SELON QU'ILS SONT EN COURTE OU EN LONGUE DURÉE

	HANDICAPÉS INTELLECTUELS			PATIENTS PSYCHIATRIQUES		
	COURTE DURÉE	LONGUE DURÉE	TOTAL	COURTE DURÉE	LONGUE DURÉE	TOTAL
CARE 1	8,5	1,4	1,9	25,2	9,5	14,5
2	15,6	12,8	13,0	11,6	17,9	15,9
3	3,6	5,2	5,1	4,8	5,2	5,1
4	6,3	4,0	4,1	1,9	4,5	3,7
2-4	25,5	22,0	22,2	18,3	27,6	24,7
5	6,3	10,9	10,6	6,6	13,5	11,3
6	5,4	8,0	7,8	2,7	6,9	5,6
7	8,9	19,8	19,1	2,6	13,7	10,2
5-7	20,6	38,7	37,5	11,9	34,1	27,0
8	27,7	13,0	13,8	34,0	13,9	20,2
9	10,7	9,9	10,0	6,4	5,2	5,6
10	7,1	15,1	14,6	4,2	9,7	7,9
8-10	45,5	38,0	38,4	44,6	28,8	33,7
N	224	3 589	3 813	1 776	3 836	5 612

Ils sont clairement différents des patients de longue durée à plusieurs égards et, notamment, quant à celui de leur distribution sur CARE10. Alors que les patients psychiatriques en longue durée se concentrent sur les niveaux centraux de CARE10, -61,7 sont entre CARE2 et CARE7- les patients de courte durée se regroupent à chacune des extrémités de l'échelle, 25,2% à CARE1 et 44,6% à CARE8 à 10, en crise ou en sortie de crise. De la même façon, la proportion de ceux réclamant au moins des soins infirmiers intermittents (CARE 3, 4, 6, 7, 9, 10) est de 22,6% chez les patients de courte durée, mais double à 45,2% chez les patients de longue durée.

La courte durée psychiatrique a donc une signification autre qu'administrative pour la plupart de ceux qui la subissent, dans laquelle signification l'espoir et l'imminence d'un congé occupent des places centrales. Ce qui ne nie pas que pour une fraction de cette clientèle la courte durée ne soit ou bien qu'une porte tournante ou bien qu'une porte d'entrée vers une hospitalisation à long terme. Cela nous centre plutôt sur la situation de ceux, handicapés intellectuels ou patients psychiatriques, confirmés en longue durée.

Dans un monde dans lequel existerait l'éventail de lieux de traitement que suppose CARE10, d'impressionnantes proportions des patients maintenant hospitalisés en longue durée pourraient et devraient être ailleurs. En fait, seulement 28,8% des patients psychiatriques de longue durée et 38% des handicapés intellectuels de la même catégorie sont

classés de CARE8 à 10 et, de ce fait et pour un temps, appartiennent légitimement à ce centre de traitement psychiatrique intensif que devrait être l'hôpital psychiatrique.

Les autres devraient être ailleurs, pour un bon tiers, dans cet environnement de réadaptation psychiatrique correspondant à CARE5, 6 et 7. Le reste, 23,4% pour les handicapés intellectuels et 37,1% pour les patients psychiatriques devrait être dans la communauté (CARE1) ou dans des établissements qui y seraient situés (CARE2 à 4).

On peut comparer à ces chiffres ceux que permettent d'obtenir une autre méthode. Nous savons par le Tableau 22 que la très vaste majorité des patients déjà en pavillons ou en familles d'accueil sont classés soit à CARE1, CARE2 ou CARE5. Chez les patients psychiatriques externes, ces trois cotes réunissent 85,4% des personnes hébergées en familles d'accueil ou en pavillons. Or, chez les patients hospitalisés en longue durée, les proportions de personnes cotant à CARE1, 2 ou 5 sont de 25,1% chez les handicapés intellectuels et de 40,9% chez les patients psychiatriques et, respectivement, de 14,2% et 27,4% si l'on abaisse la barre en dessous de CARE5 pour ne garder que les patients classés CARE1 ou CARE2. Il est donc clair que l'hôpital psychiatrique joue, pour des fractions non négligeables de sa clientèle de longue durée, un rôle d'hébergement et de surveillance qui pourrait être joué ailleurs et par d'autres si, par exemple, on ne faisait qu'augmenter la capacité d'accueil de formules déjà existantes, les familles d'accueil et les pavillons.

CHAPITRE 5

LA CLIENTÈLE DE TROIS POINTS DU SYSTÈME PSYCHIATRIQUE INSTITUTIONNEL DANS LE GRAND MONTRÉAL

Puisque les seules données concernant la clientèle des départements de psychiatrie des hôpitaux généraux dont nous disposons au moment de soumettre ce rapport nous proviennent des départements de la grande région montréalaise, qui est également celle où la sectorisation a été poussée le plus avant, nous nous limiterons ici aux dossiers en provenance de cette région. Notre objectif ici est de voir s'il existe des différences notables dans la clientèle de ce qu'on peut concevoir comme trois points distincts du système psychiatrique institutionnel: les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux, les départements de courte durée des hôpitaux psychiatriques -lesquels ont, dans la grande région montréalaise, une responsabilité sectorielle identique aux départements de psychiatrie des hôpitaux généraux- et, enfin, les services de longue durée des hôpitaux psychiatriques.

Nous avons retenu pour analyse les données provenant de tous les départements de psychiatrie dont nous avons fait la liste au tableau 1 sauf, ceux des établissements situés à l'extérieur de la région 6A: l'Hôtel-Dieu de Saint- Jérôme, l'Hôpital de Chicoutimi et l'Hôpital Charles-Lemoyne.

Les hôpitaux psychiatriques retenus ici sont les suivants: l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, l'Hôpital Rivière-des-Prairies, le Centre d'accueil Pierre-Joseph-Triest, l'Hôpital Douglas. À cause de sa vocation provinciale et du fait qu'il n'a pas de vocation sectorielle, l'Institut Pinel a été exclu de l'analyse. Les dossiers ne concernent que les patients admis à l'interne et, comme au chapitre 3, que ceux des cas psychiatriques, à l'exclusion des handicapés intellectuels.

1. LA COURTE DURÉE EN HÔPITAL GÉNÉRAL ET EN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

La première chose à noter est qu'une des notions centrales qui nous intéressent ici, celle de la courte durée, a tendance à être définie de façon différente dans les départements de psychiatrie et dans les hôpitaux psychiatriques (TABLEAU 25).

TABLEAU 25

DURÉE DE SÉJOUR DEPUIS L'ADMISSION DES PATIENTS DES DÉPARTEMENTS DE COURTE DURÉE DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX ET DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

	HÔPITAUX GÉNÉRAUX	HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES
29 JOURS ET MOINS	37,7	29,3
1 à 2 MOIS	20,0	15,8
2 à 3 MOIS	9,2	7,2
3 à 4 MOIS	5,7	8,0
4 à 5 MOIS	2,8	4,0
5 à 6 MOIS	2,0	2,4
6 à 7 MOIS	3,0	2,8
7 à 8 MOIS	0,7	3,6
8 à 9 MOIS	0,4	1,4
9 à 10 MOIS	0,9	2,2
10 à 11 MOIS	0,6	1,6
11 à 12 MOIS	0,2	1,4
12 MOIS ET +	10,7	18,3
INDÉTERMINÉS	6,1	2,8
N =	541	501

En psychiatrie, la notion de courte durée s'étire souvent au delà des 90 jours réglementaires. Mais elle s'étire plus dans les départements de courte durée des hôpitaux psychiatriques que dans les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux . Cela peut être autant le reflet de cultures organisationnelles différentes que de fonctions différentes jouées par ces points du système de services institutionnels.

Ceci pourrait commencer à nous faire soupçonner que ces services, bien que tous deux de courte durée, ne jouent pas des rôles absolument identiques.

Pourtant, si l'on examine les caractéristiques principales des patients ayant moins de 30 jours de séjour au moment du recensement -lesquels devraient former un échantillon à peu près valable des admissions dans ces services[1], on note un bon nombre de similitudes.

Dans les deux cas, il y a une majorité de femmes, 60,3% dans les départements de psychiatrie, 53,1% dans les hôpitaux psychiatriques. Dans les deux cas, une nette majorité des patients ont moins de 55 ans, 78,1% contre 73,5%. Dans les deux cas, on trouve une minorité de personnes jamais mariées, 45,1% contre 36,7%, encore, aussi qu'une autre

---

1 Cela reste à vérifier. Il y a un risque à prendre d'un recensement fait sur la population présente à un endroit donné à un point précis dans le temps des informations que l'on traite comme renseignements sur le flux de personnes passant par cet endroit dans une période donnée. Nous pensons pouvoir prendre ce risque dans ce cas-ci et dans les limites que nous nous imposons.

minorité de personnes encore mariées, 27,3% contre 26,5%. Dans les deux cas, les diagnostics les plus fréquents ne sont pas les diagnostics de schizophrénies (29,4% contre 23,1%) mais les diagnostics de psychoses non organiques (46,1% contre 43,5%) ou de troubles névrotiques (17,6% contre 26,5%). Dans les deux cas, il s'agit d'une clientèle classée dangereuse pour elle-même ou autrui (57,8% contre 53%). Dans les deux cas, il s'agit de gens qui échappent encore à la curatelle publique (1% contre 3,4% de curatelle publique). Il y a bien quelques écarts de pourcentage, mais ils dépassent rarement 5 ou 6%, ce qui est négligeable sur de si petites bases, 204 patients dans les départements de psychiatrie et 147 dans les services de courte durée des hôpitaux psychiatriques.

Passé ce point, les données requises pour comparer comment les départements de courte durée des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques traitent et disposent de leurs clientèles respectives et, il nous semble, assez semblables, font cruellement défaut. Elles ne peuvent être tirées d'un recensement mais d'une opération toute autre qui consisterait à suivre dans le temps les dossiers de cohortes d'admis. Vouloir reconstituer des cohortes fictives en analysant les caractéristiques de la population recensée sous l'angle de la durée de séjour constitue, pour ces fins, une faute de méthode.

2. PATIENTS DE COURTE ET DE LONGUE DURÉE

Les patients des services de longue durée des hôpitaux psychiatriques constituent une population à bien des égards différente. Tous savent

qu'il s'agit d'une population plus âgée que la population des services de courte durée. Autant, alors, insister sur un autre fait moins connu: l'âge à l'admission chez les gens qui sont restés en longue durée est nettement plus élevé que chez les nouveaux admis des services de courte durée (TABLEAU 26).

TABLEAU 26

ÂGE DES PATIENTS ADMIS DEPUIS MOINS DE 30 JOURS DANS LES SERVICES DE COURTE DURÉE ET AGE À L'ADMISSION DES PATIENTS ENCORE EN LONGUE DURÉE

	COURTE DURÉE	COURTE DURÉE	LONGUE DURÉE
	HÔPITAUX GÉNÉRAUX	HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES	HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES
- DE 18 ANS	3,9	1,4	3,4
18 - 34 ANS	41,7	32,7	26,9
35 - 54 ANS	32,4	38,1	31,3
55 - 64 ANS	14,2	17,7	14,6
65 - 74 ANS	5,4	7,5	14,9
75 ANS ET +	1,5	2,7	8,4
N	204	147	1723

On sait que les patients à long terme des hôpitaux psychiatriques forment une population vieille: 42,8% des patients ont 65 ans ou plus. Ce que l'on sait moins, c'est que 51% des patients âgés de 65 ans et plus ont été admis à 65 ans ou plus.

C'est cette perspective de l'âge qui nous servira à faire une dernière comparaison entre les patients en courte et en longue durée. Comme les

patients de courte durée des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques présentent beaucoup de caractéristiques communes, nous les réunissons ici dans un seul groupe. Quant à l'âge, il s'agit de l'âge à l'admission pour les patients de longue durée et de son équivalent fonctionnel pour les patients de courte durée soit l'âge actuel.

Insistons encore sur le fait que, du point de vue du flux des admissions et des sorties, les populations que nous comparons ici sont des populations résiduaires, faites de ceux qui, admis à un âge donné, restaient encore sur la liste des admis au moment du recensement.

Si l'on fait l'hypothèse, acceptable croyons-nous comme hypothèse de travail, que l'admission se fait toujours en courte durée et que les données concernant les admis en courte durée reflètent, imparfaitement, tous les motifs d'admission, deux choses ressortent de la lecture du TABLEAU 27.

La première de ces choses est qu'il y a une association entre l'âge et la pathologie. Dans certains cas, cette association est simple et directe: l'incidence des psychoses organiques augmente avec l'âge, celle des schizophrénies diminue. Dans d'autres cas, réunissant peut-être une plus grande variété de pathologies, la relation est curvilinéaire: l'incidence croît ou décroît jusqu'à un point donné de la pyramide des âges puis prend la direction opposée.

La seconde de ces choses est que, quel que soit l'âge à l'admission, certaines pathologies sont nettement sur-représentées parmi les patients qui sont restés admis en longue durée, l'inverse étant tout aussi vrai de certaines autres. Ainsi, les psychoses organiques et les schizophrénies occupent, en longue durée, une place infiniment plus importante qu'en courte durée au point, dans les groupes d'âge les plus jeunes, d'occuper la presque totalité du champ.

TABLEAU 27

DISTRIBUTION DES PATIENTS DE COURTE ET DE LONGUE DURÉE SELON LE DIAGNOSTIC ET L'ÂGE À L'ADMISSION

	18 - 34		35 - 54		55 - 64		65 - 74		75 et +	
	COURTE DURÉE	LONGUE DURÉE	COURTE DURÉE	LONGUE DURÉE	COURTE DURÉE	LONGUE DURÉE	COURTE DURÉE	LONGUE DURÉE	COURTE DURÉE	LONGUE DURÉE
Psychoses organiques	1,4	3,5	3,0	12,2	9,3	27,9	10,6	37,7	17,2	55,8
Schizophrénies	52,6	85,3	37,7	66,3	26,2	40,2	14,9	30,0	6,9	16,2
Psychoses non organiques	24,0	3,7	37,7	14,3	51,7	19,9	45,7	24,7	24,1	18,2
Troubles névrotiques	18,5	6,9	19,4	6,3	11,7	11,6	25,5	7,2	41,4	7,1
N	363	463	361	540	145	251	94	223	29	154

CHAPITRE 6

QUELQUES ÉLÉMENTS POUR L'ACTION

Pour l'action et notamment pour une action de désinstitutionnalisation, les plus intéressantes des données présentées ici sont celles qui concernent les patients psychiatriques hospitalisés en longue durée.

En effet, les descriptions faites de la condition physique et mentale des patients handicapés intellectuellement nous semblent devoir être prises avec beaucoup de prudence. Non pas parce que les faits rapportés l'ont été de façon inexacte mais bien plutôt parce qu'ils sont interprétés selon un mode de raisonnement conçu pour analyser le statut fonctionnel de patients psychiatriques. Or, le même comportement peut avoir des significations et des conséquences différentes selon que celui qui le pose est un patient psychiatrique ou un handicapé intellectuel.

Par exemple, une plus forte proportion de handicapés intellectuels que de patients psychiatriques sont classés dangereux pour eux- mêmes ou autrui (voir Tableaux 3, 4 et 6). Cela tient pour beaucoup à la fréquence des automutilations et des assauts sur autrui chez les handicapés intellectuels. Mais on peut légitimement poser la question de savoir si un assaut contre autrui fait par un handicapé intellectuel répond aux mêmes motivations, vise les mêmes buts et est susceptible

d'avoir les mêmes conséquences physiques sur la victime qu'un assaut commis par un patient psychiatrique.

De la même façon, l'autonomie dans les soins personnels quotidiens (voir Tableau 12) est beaucoup plus rare chez les handicapés intellectuels que chez les patients psychiatriques. Mais alors que l'absence de cette autonomie est souvent chez les uns le résultat d'apprentissages non encore réalisés, elle est fréquemment, chez les autres, la conséquence d'afflictions physiques chroniques, parfois dégénératives.

En conséquence, nos données concernant les handicapés intellectuels - presque tous hospitalisés en longue durée - doivent être utilisées avec une prudence telle que celle-ci réduit leur utilité immédiate pour l'action.[1]

Par ailleurs, les données recueillies auprès des patients (psychiatriques ou handicapés intellectuels) résidant hors les murs de l'institution proprement dite - en familles d'accueil et en pavillons pour la plupart - n'indiquent pas la présence de problèmes majeurs dans cette population sous l'angle, restreint, de l'adéquation entre le lieu de résidence et le traitement d'une part et l'état physique et mental des patients d'autre part. À cette exception près, il est vrai, de ces 20,5% des patients psychiatriques (voir Tableau 22) qui, hébergés en familles d'accueil ou en pavillons, pourraient vivre de façon autonome

---

1 Dans l'État de New York, l'évaluation des patients handicapés intellectuels se fait à l'aide du Developmental Disability Information System mis au point par le New York State Office of Mental Retardation. Une adaptation québécoise de cet instrument est disponible depuis peu. Il s'agit du Système d'information sur les individus ayant des incapacités dues à leur développement.

dans la communauté s'ils en avaient le désir et s'ils pouvaient y trouver les appuis requis.

Les données concernant les patients psychiatriques hospitalisés en courte durée sont, pour une action de désinstitutionnalisation, d'une utilité plus limitée encore. Cela ne signifie pas qu'elles soient inintéressantes. Elles illustrent au contraire certaines des grandes différences entre les populations de longue et de courte durée. Elles montrent également l'extrême diversité des conditions, et particulièrement des conditions mentales, chez ces patients qui tendent à être (voir Tableau 24) ou bien en crise ou bien en sortie de crise. Sur le plan de l'action, ces données sont moins utiles puisqu'il s'agit d'une population qui se renouvelle constamment, dont l'état mental a pour caractéristique principale d'être momentanément perturbé, qui fait l'objet d'un traitement, d'un suivi et d'une évaluation psychiatrique active. Toutes actions sur la base desquelles le personnel clinique prend au jour le jour les décisions concernant les congés et les transferts.

Restent les patients psychiatriques hospitalisés en longue durée, ceux-là mêmes pour lesquels l'inventaire des niveaux de soins (Level of Care Survey) avait à l'origine été conçu par les autorités new yorkaises, dans un climat de remise en question des grandes institutions psychiatriques d'État[1]. À ce propos, il est intéressant de noter au passage que, pour ce qui est de la distribution de ces patients sur CARE10, les observations faites au Québec sont très voisines de celles faites lors des premières enquêtes new yorkaises[2].

---

1 Voir Furman et Lund, op. cit., p. 29.
2 Pour les données new yorkaises, Furman et Lund, op. cit., p. 36. Pour les données québécoises, ici-même, Tableau 24.

TABLEAU 28

Distribution sur CARE10 des patients psychiatriques hospitalisés en longue durée: New York 1977 et Québec 1985

	NEW YORK	QUÉBEC
CARE 1	6,9	9,5
2	10,1	17,5
3	5,7	5,2
4	5,6	4,5
2-4	21,5	27,6
5	17,4	13,5
6	10,9	6,9
7	13,9	13,7
5-7	42,3	34,1
8	11,4	13,9
9	8,0	5,2
10	9,9	9,7
8-10	29,3	28,8

Du point de vue de l'action, il est évident que ces données cherchent à caractériser la population hospitalisée à long terme du point de vue d'une éventuelle relocalisation. Cela étant, il faut rappeler deux précisions sur lesquelles insistent les concepteurs de l'instrument.

La première de ces précisions est que le LOCS n'a pas été conçu dans le but de prédire l'état futur des patients. Il est au contraire tout centré sur un effort de description de l'état actuel de ces mêmes patients. Il s'ensuit que les décisions concernant l'éventuel transfert de ces patients vers d'autres lieux de traitement ne sauraient être prises sur la base des seules informations fournies par le LOCS. Doivent en effet entrer dans les décisions d'autres éléments d'information - l'âge du patient, la durée de son séjour, ses volontés, la disponibilité effective de ressources adéquates dans le milieu, etc., dont le LOCS ne tient pas compte mais qui sont par ailleurs requis parce que ces décisions sont aussi des prédictions ne serait-ce qu'à court terme. En ce sens, le LOCS désigne pour la relocalisation des cibles qui ne pourront peut-être jamais être complètement atteintes dans la réalité du fait de l'entrée dans le processus de décision d'autres conditions considérées comme nécessaires.

Dans un contexte où l'idée de désinstitutionnalisation occupe beaucoup de place, il faut insister sur une seconde précision faite par les concepteurs du LOCS qui concerne, elle, la direction de ces éventuels transferts. Il s'agit assez peu souvent d'un retour à une existence autonome (CARE1). Tous les autres niveaux de soins envisagés impli-

quent des lieux de traitements dont le caractère institutionnel s'affirme à mesure que l'on passe de CARE2 à CARE7. En ce sens, la relocalisation envisagée a souvent une teinte de trans-institutionnalisation, étant entendu par ailleurs que l'objectif de l'opération demeure celui de diriger les patients vers les lieux les plus normalisants et les moins contraignants possibles eu égard à leurs besoins de soins.

BIBLIOGRAPHIE

FABISIAK, Stanley W., David BASKIN and Roni HAMMER
"Do Community Mental Health Centers Serve the Chronically? The New York Experience". Journal of Community Health, 10, 1, 1985, 10-16.

FABISIAK, Stanley W., David BASKIN and Roni HAMMER
"The New York State Level of Care Survey in Community Mental Health Centers and New York State's Psychiatric Centers", Psychiatric Quarterly, 55, 1, 1983, 25-34.

FOLEY, William and Donald P. SCHNEIDER
"A Comparison of the Level of Care Predictions of Six Long-Term Care Patient Assessment Sysems", American Journal of Public Health, 70, 1980, 1152-1161.

FURMAN, Walter M., Stanley W. FABISIAK and Craig HENRIKSON
"Comments of Greenstein, Marion and Mirotznik", Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 1, 2, 1979, 40-42.

FURMAN, Walter M. and Donald A. LUND
"The Assessment of Patient Needs: Description of the Level of Care Survey", Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 1, 2, 1979, 29-37.

GREENSTEIN, Michael, Kenneth P. MARION and Jerrold MIROTZNICK
"Predicting Discharge and Placement: A Study of the Validity of the 1976 Level of Care Survey", Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 1, 2, 1979, 38-39.

LAMBERT, E. Warren
"Reliability of Subscales of the New York State Level of Care Survey", Journal of Psychiatric Treatment and Evalaution, 4, 5, 1982, 427-431.

APPENDICE A

DESCRIPTION DU NIVEAU D'AUTONOMIE ET INVENTAIRE DU NIVEAU DE SOINS

Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales

DESCRIPTION DU NIVEAU D'AUTONOMIE ET INVENTAIRE DU NIVEAU DE SOINS

Identification

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT (8) | N° DE L'UNITÉ | Nom de l'unité | TYPE DE RÉSIDENCE (actuellement) (16)

NUMÉRO DU BÉNÉFICIAIRE (24) | SEXE M F | DATE DE NAISSANCE an mois jour | STATUT LÉGAL A B C | STATUT CIVIL (36)

DATE DE LA DERNIÈRE ADMISSION an mois jour | CODE DU NOMBRE DE JOURS EN INSTITUTION (43)

I- Vue, ouie, communication et compréhension *(Cocher la case correspondante)*

	Normale sans correctif 1	Normale avec correctif 2	Partielle sans correctif 3	Partielle avec correctif 4	Incapacité complète 5	Pas d'information 9
1. VUE	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. OUIE	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. LANGUE D'USAGE — Français 1 ☐ Anglais 2 ☐ Autre 3 ☐ Inconnue 9 ☐ (46)

	INCAPACITÉ PARTIELLE			INCAPACITÉ TOTALE		
	Sans incapacité 1	Problème physique 2	Barrière de langue 3	Articulation 4	Refus de parler 5	Incapable de parler 6
4. PAROLE	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. CAPACITÉ DE COMMUNIQUER PENSÉES ET BESOINS AUX AUTRES

Sans difficulté 1	Légère difficulté 2	Difficulté modérée 3	Grande difficulté 4	Pas de communication 5
☐	☐	☐	☐	☐

6. COMPRÉHENSION

Comprend tout 1	Légère difficulté 2	Difficulté modérée 3	Grande difficulté 4	Ne comprend rien 5	Ne peut être déterminé 9
☐	☐	☐	☐	☐	☐ (49)

II- Santé physique

7. COCHER "OUI" POUR CHAQUE DÉSORDRE PHYSIQUE INSCRIT AU DOSSIER MÉDICAL COMME PROBLÈME ACTUEL OU CONTINU. SI CETTE MALADIE EST ABSENTE OU N'A PAS ENCORE ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉE POSITIVEMENT, COCHER "NON".

		NON 1	OUI 2
a	Maladie cardiaque artériosclérotique	☐	☐
b	Hypertension	☐	☐
c	Artériosclérose cérébrale	☐	☐
d	Autre trouble cardiaque ou circulatoire	☐	☐
e	Trouble de l'appareil respiratoire	☐	☐
f	Trouble du système digestif	☐	☐
g	Obésité	☐	☐
h	Trouble du rein	☐	☐
i	Autre trouble de l'appareil génito-urinaire	☐	☐
j	Fracture	☐	☐
k	Arthrite	☐	☐
l	Autre trouble de l'appareil musculaire et osseux	☐	☐
m	Diabète	☐	☐
n	Autre trouble métabolique	☐	☐
o	Maladie de l'oeil	☐	☐
p	Trouble dermatologique (peau)	☐	☐
q	Cancer	☐	☐
r	Paralysie	☐	☐
s	Maladie de Parkinson	☐	☐
t	Trouble épileptique	☐	☐
u	Autre trouble neuro-musculaire	☐	☐
v	Autre (préciser) _____	☐	☐ (71)

8. TEL QU'INDIQUÉ CI-DESSUS, COCHER "OUI" POUR CHAQUE TYPE D'EFFETS SECONDAIRES QUE PRÉSENTE CETTE PERSONNE POUR TOUTE MÉDICATION QU'ELLE PREND. SI ABSENTS, COCHER "NON".

		NON 1	OUI 2
a	Symptômes pyramidaux type parkinsoniens	☐	☐
b	Dyskinésie tardive	☐	☐
c	Autres effets secondaires neurologiques	☐	☐
d	Prédisposition à une allergie	☐	☐
e	Autres effets secondaires (préciser) _____	☐	☐ (76)

9. GLOBALEMENT, JUSQU'À QUEL POINT LES PROBLÈMES PHYSIQUES DE CETTE PERSONNE ENTRAVENT-ILS SA CAPACITÉ À

	Pas du tout 1	Légèrement 2	Modérément 3	Sérieusement 4	Très sérieusement 5
a Se baigner, s'habiller et s'alimenter elle-même	☐	☐	☐	☐	☐
b Participer aux activités régulières de son milieu de vie	☐	☐	☐	☐	☐

10. COMMENT ÉVALUEZ-VOUS LE NIVEAU GÉNÉRAL DE SANTÉ PHYSIQUE DE CETTE PERSONNE PAR COMPARAISON AVEC LES ADULTES EN GÉNÉRAL?

Excellent 1	Très bon 2	Bon 3	Passable 4	Mauvais 5	Très mauvais 6
☐	☐	☐	☐	☐	☐ (78)

III- Procédés de soins

11. VEUILLEZ PRÉCISER LESQUELLES PARMI LES TECHNIQUES SUIVANTES FONT PARTIE DU PLAN DE SOINS ACTUEL DU BÉNÉFICIAIRE EN SPÉCIFIANT QUI LES ADMINISTRE. SI LA TECHNIQUE N'EST PAS EMLOYÉE, VEUILLEZ COCHER "NON".

		NON 1	OUI, ADMINISTRÉE PAR Bénéficiaire 2	OUI, ADMINISTRÉE PAR Autre 3
a	Injection d'insuline	☐	☐	☐
b	Injection d'une autre médication non psychiatrique	☐	☐	☐
c	Inhalothérapie/oxygène	☐	☐	☐
d	Perfusion	☐	☐	☐
e	Succion	☐	☐	☐
f	Pansement aseptique	☐	☐	☐
g	Irrigation de lésion	☐	☐	☐
h	Sonde urétrale	☐	☐	☐
i	Drainage pour colostomie	☐	☐	☐
j	Signes vitaux quotidiens	☐	☐	☐
k	Soins de plaies de lit	☐	☐	☐
l	Physiothérapie	☐	☐	☐
m	Autre (préciser)_____			
	_____	☐	☐	☐ (m)

IV- Niveau d'intelligence et comportement

13. NIVEAU D'INTELLIGENCE

1 ☐ au dessus de la moyenne
2 ☐ moyen
3. ☐ sous la moyenne
4. ☐ frontière
5. ☐ retard léger
6. ☐ retard modéré
7. ☐ retard sévère
8. ☐ retard profond

(ric

COMPORTEMENT: *Veuillez évaluer, pour chaque item, le comportement OBSERVÉ chez cette personne pendant LES TROIS DERNIERS JOURS; indiqu votre reponse en cochant la case appropriée pour chaque énoncé.*

		Jamais 1	Parfois 2	Souvent 3	Habituellement 4	Toujours 5
14.	Tenue négligee	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Est impatient	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Pleure	☐	☐	☐	☐	☐
17.	S'interesse aux activités autour de lui	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Demeure assis s'il n est pas dirigé vers une activité	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Se fâche ou est contrarié facilement	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Entend des choses qui n'existent pas	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Maintient ses vêtements propres	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Cherche à fraterniser avec les autres	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Facilement bouleversé si quelque chose ne lui convient pas	☐	☐	☐	☐	☐
24.	Refuse de faire les choses simples que l'on attend de lui	☐	☐	☐	☐	☐
25.	Irritable et grognon	☐	☐	☐	☐	☐
26.	A de la difficulté à se souvenir	☐	☐	☐	☐	☐
27.	Refuse de parler	☐	☐	☐	☐	☐
28.	Rit et sourit à des blagues ou événements drôles	☐	☐	☐	☐	☐
29.	Malpropre lorsqu'il mange	☐	☐	☐	☐	☐
30.	Engage la conversation avec les autres	☐	☐	☐	☐	☐
31.	Dit se sentir déprimé	☐	☐	☐	☐	☐
32.	Parle des choses qui l'intéressent	☐	☐	☐	☐	☐
33.	Voit des choses qui n'existent pas	☐	☐	☐	☐	☐
34.	Il faut lui rappeler quoi faire	☐	☐	☐	☐	☐
35.	Dort, à moins d'être dirigé vers une activité	☐	☐	☐	☐	☐
36.	Dit qu'il ne vaut rien	☐	☐	☐	☐	☐
37.	Il faut lui dire de suivre les règlements de l'hôpital	☐	☐	☐	☐	☐
38.	A de la difficulté à compléter des tâches simples par lui-même	☐	☐	☐	☐	☐
39.	Se parle, marmonne	☐	☐	☐	☐	☐
40.	Dit se sentir inutile, rejeté, sans espoir	☐	☐	☐	☐	☐
41.	Glousse et rit sans raison apparente	☐	☐	☐	☐	☐
42.	Sort facilement de ses gonds	☐	☐	☐	☐	☐
43.	Se garde propre	☐	☐	☐	☐	☐
44.	S'oriente sans aide	☐	☐	☐	☐	☐
45.	Est insupportable	☐	☐	☐	☐	☐
46.	A des idées et des propos étranges	☐	☐	☐	☐	☐
47.	S'approprie les choses qui ne lui appartiennent pas	☐	☐	☐	☐	☐
48.	Devient confus	☐	☐	☐	☐	☐
49.	Conscient de son environnement	☐	☐	☐	☐	☐
50.	Ne tient pas en place	☐	☐	☐	☐	☐
51.	Négligent lorsqu'il fume	☐	☐	☐	☐	☐
52.	Répond à son nom	☐	☐	☐	☐	☐
53.	Pince, pousse, touche ou tape les autres	☐	☐	☐	☐	☐
54.	S'entend avec les autres	☐	☐	☐	☐	☐
55.	S'exhibe ou se masturbe en public	☐	☐	☐	☐	☐
56.	Injurie les autres	☐	☐	☐	☐	☐
57.	Présente des comportements ou des rituels bizarres	☐	☐	☐	☐	☐
58.	Défèque et urine de façon antisociale	☐	☐	☐	☐	☐
59.	Parle de se tuer, souhaite être mort	☐	☐	☐	☐	☐
60.	Semble prendre plaisir à ce qu'il fait	☐	☐	☐	☐	☐
61.	Accumule les objets hétéroclites	☐	☐	☐	☐	☐
62.	Pertubateur	☐	☐	☐	☐	☐
63.	Connaît le nom du personnel et des autres bénéficiaires	☐	☐	☐	☐	☐

(1

QUESTIONS 64 à 71: *Pour chaque énoncé suivant, indiquer seulement LA PLUS RÉCENTE manifestation:*

		Jamais 1	Oui au cours du dernier mois 2	Oui au cours des 3 derniers mois 3	Oui il y a plus de 3 mois 4
64.	A tenté de se suicider	☐	☐	☐	☐
65.	S'est infligé une blessure volontairement	☐	☐	☐	☐
66.	Assaut physique sur quelqu'un	☐	☐	☐	☐
67.	Assaut sexuel sur quelqu'un	☐	☐	☐	☐
68.	A tenté de tuer quelqu'un	☐	☐	☐	☐
69.	A mis le feu	☐	☐	☐	☐
70.	Bris d'ameublement ou de biens	☐	☐	☐	☐
71.	Violent ou dangereux	☐	☐	☐	☐

72. CONTRÔLE DU COMPORTEMENT: *Cette personne a-t-elle au cours des TRENTE derniers jours:*

	UNI 1	MUN 2
a. Reçu d'urgence une médication (Stat ou PRN) pour contrôler un comportement dangereux	☐	☐
b. Été mise sous gilet, isolée, ou soumise à toute autre forme de contention physique pour contrôler un comportement dangereux	☐	☐
c. Fait l'objet d'une surveillance personnelle sur l'unité en raison d'un comportement dangereux pour elle-même ou autrui	☐	☐
73. Cette personne est-elle actuellement considérée dangereuse pour elle-même ou pour les autres	☐	☐
74. Cette personne est-elle autorisée à quitter son unité et à y revenir sans surveillance	☐	☐ (156)

	Pas du tout 1	Léger 2	Modéré 3	Sévère 4	Très sévère 5
75. Jusqu'à quel point l'abus d'alcool est-il un problème pour cette personne?	☐	☐	☐	☐	☐
76. Jusqu'à quel point l'abus de drogue est-il un problème pour cette personne?	☐	☐	☐	☐	☐
77. Jusqu'à quel point les problèmes mentaux empêchent-ils cette personne de participer aux activités régulières?	☐	☐	☐	☐	☐ (159)

78. LEQUEL DES ÉNONCÉS SUIVANTS S'APPLIQUE-T-IL LE MIEUX À CE BÉNÉFICIAIRE? *(Cocher un seul énoncé):*

1. ☐ Est tellement dangereux pour les autres qu'il devrait être confiné à un établissement à circulation contrôlée.
2. ☐ Manifeste actuellement des symptômes psychiatriques sévères et doit recevoir des services psychiatriques intensifs.
3. ☐ Ses symptômes psychiatriques peuvent avoir été stabilisés, mais il nécessite en tout temps une surveillance de son comportement. Il ne convient pas pour un placement en communauté.
4. ☐ Ses symptômes psychiatriques sont maintenant stabilisés et il pourrait maintenant vivre dans la communauté aussi longtemps que des services de suivi et de support lui sont dispensés.
5. ☐ Peut présenter parfois des problèmes psychiatriques mais il devrait maintenant vivre dans la communauté avec l'aide des services de support réguliers.
6. ☐ Semble ne présenter aucun problème psychiatrique, n'a pas besoin d'une surveillance de son comportement et devrait être intégré dans la communauté.
7. ☐ Aucun problème psychiatrique, mais demande une surveillance à cause du comportement. (160)
8. ☐ Ne s'applique pas.

V. Activités de la vie quotidienne: Niveau d'autonomie

Cocher pour chaque énoncé qui suit, l'expression qui décrit le mieux l'état ACTUEL du bénéficiaire. Choisir l'expression qui a la valeur supérieure si plus d'une expression s'applique.

79. MOBILITÉ

1. ☐ Marche de façon autonome
2. ☐ Marche sans aide avec difficulté
3. ☐ Marche avec une canne ou son équivalent
4. ☐ Marche seulement avec aide
5. ☐ Utilise une chaise roulante ou une marchette de façon autonome
6. ☐ Doit être poussé en chaise roulante
7. ☐ Confiné à une chaise
8. ☐ Confiné à son lit (161)

80. BAIN/DOUCHE

1. ☐ Autonomie complète
2. ☐ A besoin de rappels
3. ☐ A besoin de surveillance
4. ☐ Besoin de surveillance personnelle
5. ☐ Besoin d'aide physique
6. ☐ Doit être lavé

81. SOINS PERSONNELS (se raser, se peigner, se maquiller, etc.)

1. ☐ Autonomie complète
2. ☐ A besoin de rappels
3. ☐ A besoin de surveillance
4. ☐ Besoin de surveillance personnelle
5. ☐ Besoin d'aide physique
6. ☐ A besoin des soins complets

82. HABILLEMENT

1. ☐ Autonomie complète
2. ☐ A besoin de rappels
3. ☐ A besoin de surveillance
4. ☐ Besoin d'un peu d'aide physique
5. ☐ Besoin d'une aide physique modérée
6. ☐ Doit être habillé (164)

83. ALIMENTATION

1. ☐ Autonomie complète
2. ☐ Autonomie mais malpropre
3. ☐ A besoin de surveillance
4. ☐ A besoin d'aide physique
5. ☐ Doit être nourri
6. ☐ Nourri par tubes
7. ☐ Nourri par solution intra-veineuse

84. UTILISATION DE LA TOILETTE

1. ☐ Autonomie complète
2. ☐ Besoin de suggestions, de cajoleries
3. ☐ Besoin d'aide physique
4. ☐ N'utilise pas la toilette
5. ☐ Utilise la bassine
6. ☐ A un cathéter
7. ☐ A une colostomie

85. INCONTINENCE URINAIRE

1. ☐ Jamais
2. ☐ Moins d'une fois par semaine
3. ☐ La nuit seulement
4. ☐ Moins d'une fois par jour
5. ☐ Une fois par jour
6. ☐ Plusieurs fois par jour
7. ☐ A un cathéter

86. INCONTINENCE DES SELLES

1. ☐ Jamais
2. ☐ Moins d'une fois par semaine
3. ☐ Moins d'une fois par jour
4. ☐ Une fois par jour
5. ☐ A une colostomie

(168)

87. ACTIVITÉ DE TRAVAIL: *Indiquer le niveau de travail le plus élevé dans lequel le bénéficiaire EST ACTUELLEMENT ENGAGÉ.*

1. ☐ Aucune
2. ☐ A soin de son espace
3. ☐ Thérapie d'occupation
4. ☐ S.A.H.T.
5. ☐ Formation professionnelle
6. ☐ Plateau de travail, stage, C.T.A.
7. ☐ Emploi compétitif

88. POTENTIEL DE TRAVAIL: *Indiquer quel est le niveau de travail le plus élevé dont le bénéficiaire EST ACTUELLEMENT CAPABLE DE S'ACQUITTER?*

1. ☐ Aucun
2. ☐ A soin de son espace
3. ☐ Thérapie d'occupation
4. ☐ Atelier protégé
5. ☐ S.A.H.T.
6. ☐ Formation professionnelle
7. ☐ Plateau de travail, stage, C.T.A.
8. ☐ Emploi compétitif

89. QUEL ÉNONCÉ, PARMI LES SUIVANTS, DÉCRIT LE MIEUX LE BÉNÉFICIAIRE?

1. ☐ La santé de cette personne est généralement bonne. Ce bénéficiaire n'a pas besoin de surveillance ou d'aide pour prendre un bain, s'habiller ou s'alimenter.
2. ☐ La santé de cette personne est généralement bonne, mais ce bénéficiaire demande de la surveillance ou un peu d'aide pour le bain, l'habillement ou l'alimentation.
3. ☐ Cette personne présente certains problèmes de santé qui requièrent des soins de nursing occasionnels (ex. une injection d'insuline) ou elle demande beaucoup de surveillance ou d'aide physique pour prendre un bain, s'habiller ou s'alimenter. (Les soins de santé requis par ce type de bénéficiaire sont typiques de ceux qui sont dispensés dans un établissement de santé).
4. ☐ Ce bénéficiaire demande régulièrement beaucoup d'aide physique sinon une prise en charge complète pour son bain, son habillement et son alimentation; ou il est tellement physiquement malade ou infirme qu'il requiert des services de nursing tels que dispensés dans un établissement spécialisé.

VI- Vie communautaire

90. SI CE BÉNÉFICIAIRE ÉTAIT MAINTENANT INTÉGRÉ À LA COMMUNAUTÉ.

	Définitivement oui 1	Probablement oui 2	Peut être 3	Probablement non 4	Définitivement non 5	
a. Prendrait sa médication de manière autonome	☐	☐	☐	☐	☐	
b. Respecterait ses rendez-vous à la clinique externe ou à d'autres ressources services sociaux ou de santé	☐	☐	☐	☐	☐	
c. Utiliserait correctement ses ressources financières afin de pourvoir à ses besoins	☐	☐	☐	☐	☐	
d. Conserverait un emploi rémunérateur s'il en avait l'occasion	☐	☐	☐	☐	☐	
e. S'acquitterait des tâches nécessaires à l'entretien d'un logement	☐	☐	☐	☐	☐	(176)

91. COCHER LE TYPE DE RÉSIDENCE LE PLUS APPROPRIÉ POUR CETTE PERSONNE.

Complètement autonome Domicile 1	Avec un certain support Appartement supervisé 2	Avec une certaine supervision Pavillon Famille d'accueil 3	Avec supervision de 24 heures CAH CAR Foyer de groupe 4	Avec supervision médicale - 24 heures CHLD physique 5	Traitement psychiatrique CHCD CHLD 6	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	(177)

VII- Médication psychiatrique: *Cette section est facultative. Si vous désirez la compléter, elle doit être remplie par un(e) représentant(e) du nursing.*

1. Référer au dossier médical afin d'identifier les médicaments présentement prescrits à ce bénéficiaire.

2. Localiser le code correspondant à chaque médicament dans la liste à cet effet. Si un médicament n'apparaît pas dans cette liste, ne pas l'enregistrer ici.

3. Ne pas codifier les prescriptions STAT ou PRN à moins qu'elles n'aient été administrées aujourd'hui.

	Nom du médicament	Code
92.		
93.		
94.		
95.		
96.		
97.		
98.		(219)

VIII- Pour usage exclusif de l'établissement

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T

IX- Le diagnostic psychiatrique (20)

Répondre seulement si le bénéficiaire a été diagnostiqué - utiliser le CIM-9

Primaire ____ ____ Associé ____ ____ Indéterminé ☐ (31)

Commentaires _____

_____

_____

_____ _____ Date an mois jour (37)

Signature de l'évaluateur Titre

100. PROFESSION DE L'EVALUATEUR

1 ☐ infirmier 3 ☐ éducateur 5 ☐ travailleur social

2 ☐ psychiatre 4 ☐ psychologue 6 ☐ travailleur santé mentale 7 ☐ autre _____ (38)

Adapté et traduit des formulaires 103 (1982) du bureau de la Santé mentale, New York, par Jacques Côté, PhD, et par Wilfrid Piron, PhD, novembre 1984.

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la planification et de l'évaluation

88-820